

FAMILIENUNTERSUCHUNG BEI GICHTPATIENTEN

Siegfried Serafin

*Ess
München
1986*

**Aus der Medizinischen Poliklinik
der Universität München
Vorstand: Prof.Dr.med. N. Zöllner**

FAMILIENUNTERSUCHUNG BEI GICHTPATIENTEN

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München**

**vorgelegt von
Siegfried Serafin
aus**

**Gütersloh
1985**

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter:	Prof.Dr.med. R. Klußmann
Mitberichterstatter:	Prof.Dr.med. N. Zöllner
Dekan:	Prof.Dr.med. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	28.01.1986

1. Einführung	1
1.1 Zielsetzung	1
1.2 Begriffe	2
1.3 Aufbau des Buches	3
2. Für meine Frau und meinen Sohn	4
2.1 Einleitung	4
2.2 Hauptteil	5
2.3 Schluss	6
3. Literaturverzeichnis	7
3.1 Einleitung	7
3.2 Hauptteil	8
3.3 Schluss	9
4. Anhang	10
4.1 Einleitung	10
4.2 Hauptteil	11
4.3 Schluss	12
5. Bibliographie	13
5.1 Einleitung	13
5.2 Hauptteil	14
5.3 Schluss	15
6. Zusammenfassung	16
6.1 Einleitung	16
6.2 Hauptteil	17
6.3 Schluss	18
7. Literaturverzeichnis	19
7.1 Einleitung	19
7.2 Hauptteil	20
7.3 Schluss	21
8. Anhang	22
8.1 Einleitung	22
8.2 Hauptteil	23
8.3 Schluss	24
9. Bibliographie	25
9.1 Einleitung	25
9.2 Hauptteil	26
9.3 Schluss	27
10. Zusammenfassung	28
10.1 Einleitung	28
10.2 Hauptteil	29
10.3 Schluss	30
11. Literaturverzeichnis	31
11.1 Einleitung	31
11.2 Hauptteil	32
11.3 Schluss	33
12. Anhang	34
12.1 Einleitung	34
12.2 Hauptteil	35
12.3 Schluss	36
13. Bibliographie	37
13.1 Einleitung	37
13.2 Hauptteil	38
13.3 Schluss	39
14. Zusammenfassung	40
14.1 Einleitung	40
14.2 Hauptteil	41
14.3 Schluss	42
15. Literaturverzeichnis	43
15.1 Einleitung	43
15.2 Hauptteil	44
15.3 Schluss	45
16. Anhang	46
16.1 Einleitung	46
16.2 Hauptteil	47
16.3 Schluss	48
17. Bibliographie	49
17.1 Einleitung	49
17.2 Hauptteil	50
17.3 Schluss	51
18. Zusammenfassung	52
18.1 Einleitung	52
18.2 Hauptteil	53
18.3 Schluss	54
19. Literaturverzeichnis	55
19.1 Einleitung	55
19.2 Hauptteil	56
19.3 Schluss	57
20. Anhang	58
20.1 Einleitung	58
20.2 Hauptteil	59
20.3 Schluss	60
21. Bibliographie	61
21.1 Einleitung	61
21.2 Hauptteil	62
21.3 Schluss	63
22. Zusammenfassung	64
22.1 Einleitung	64
22.2 Hauptteil	65
22.3 Schluss	66
23. Literaturverzeichnis	67
23.1 Einleitung	67
23.2 Hauptteil	68
23.3 Schluss	69
24. Anhang	70
24.1 Einleitung	70
24.2 Hauptteil	71
24.3 Schluss	72
25. Bibliographie	73
25.1 Einleitung	73
25.2 Hauptteil	74
25.3 Schluss	75
26. Zusammenfassung	76
26.1 Einleitung	76
26.2 Hauptteil	77
26.3 Schluss	78
27. Literaturverzeichnis	79
27.1 Einleitung	79
27.2 Hauptteil	80
27.3 Schluss	81
28. Anhang	82
28.1 Einleitung	82
28.2 Hauptteil	83
28.3 Schluss	84
29. Bibliographie	85
29.1 Einleitung	85
29.2 Hauptteil	86
29.3 Schluss	87
30. Zusammenfassung	88
30.1 Einleitung	88
30.2 Hauptteil	89
30.3 Schluss	90
31. Literaturverzeichnis	91
31.1 Einleitung	91
31.2 Hauptteil	92
31.3 Schluss	93
32. Anhang	94
32.1 Einleitung	94
32.2 Hauptteil	95
32.3 Schluss	96
33. Bibliographie	97
33.1 Einleitung	97
33.2 Hauptteil	98
33.3 Schluss	99
34. Zusammenfassung	100
34.1 Einleitung	100
34.2 Hauptteil	101
34.3 Schluss	102
35. Literaturverzeichnis	103
35.1 Einleitung	103
35.2 Hauptteil	104
35.3 Schluss	105
36. Anhang	106
36.1 Einleitung	106
36.2 Hauptteil	107
36.3 Schluss	108
37. Bibliographie	109
37.1 Einleitung	109
37.2 Hauptteil	110
37.3 Schluss	111
38. Zusammenfassung	112
38.1 Einleitung	112
38.2 Hauptteil	113
38.3 Schluss	114
39. Literaturverzeichnis	115
39.1 Einleitung	115
39.2 Hauptteil	116
39.3 Schluss	117
40. Anhang	118
40.1 Einleitung	118
40.2 Hauptteil	119
40.3 Schluss	120
41. Bibliographie	121
41.1 Einleitung	121
41.2 Hauptteil	122
41.3 Schluss	123
42. Zusammenfassung	124
42.1 Einleitung	124
42.2 Hauptteil	125
42.3 Schluss	126
43. Literaturverzeichnis	127
43.1 Einleitung	127
43.2 Hauptteil	128
43.3 Schluss	129
44. Anhang	130
44.1 Einleitung	130
44.2 Hauptteil	131
44.3 Schluss	132
45. Bibliographie	133
45.1 Einleitung	133
45.2 Hauptteil	134
45.3 Schluss	135
46. Zusammenfassung	136
46.1 Einleitung	136
46.2 Hauptteil	137
46.3 Schluss	138
47. Literaturverzeichnis	139
47.1 Einleitung	139
47.2 Hauptteil	140
47.3 Schluss	141
48. Anhang	142
48.1 Einleitung	142
48.2 Hauptteil	143
48.3 Schluss	144
49. Bibliographie	145
49.1 Einleitung	145
49.2 Hauptteil	146
49.3 Schluss	147
50. Zusammenfassung	148
50.1 Einleitung	148
50.2 Hauptteil	149
50.3 Schluss	150
51. Literaturverzeichnis	151
51.1 Einleitung	151
51.2 Hauptteil	152
51.3 Schluss	153
52. Anhang	154
52.1 Einleitung	154
52.2 Hauptteil	155
52.3 Schluss	156
53. Bibliographie	157
53.1 Einleitung	157
53.2 Hauptteil	158
53.3 Schluss	159
54. Zusammenfassung	160
54.1 Einleitung	160
54.2 Hauptteil	161
54.3 Schluss	162
55. Literaturverzeichnis	163
55.1 Einleitung	163
55.2 Hauptteil	164
55.3 Schluss	165
56. Anhang	166
56.1 Einleitung	166
56.2 Hauptteil	167
56.3 Schluss	168
57. Bibliographie	169
57.1 Einleitung	169
57.2 Hauptteil	170
57.3 Schluss	171
58. Zusammenfassung	172
58.1 Einleitung	172
58.2 Hauptteil	173
58.3 Schluss	174
59. Literaturverzeichnis	175
59.1 Einleitung	175
59.2 Hauptteil	176
59.3 Schluss	177
60. Anhang	178
60.1 Einleitung	178
60.2 Hauptteil	179
60.3 Schluss	180
61. Bibliographie	181
61.1 Einleitung	181
61.2 Hauptteil	182
61.3 Schluss	183
62. Zusammenfassung	184
62.1 Einleitung	184
62.2 Hauptteil	185
62.3 Schluss	186
63. Literaturverzeichnis	187
63.1 Einleitung	187
63.2 Hauptteil	188
63.3 Schluss	189
64. Anhang	190
64.1 Einleitung	190
64.2 Hauptteil	191
64.3 Schluss	192
65. Bibliographie	193
65.1 Einleitung	193
65.2 Hauptteil	194
65.3 Schluss	195
66. Zusammenfassung	196
66.1 Einleitung	196
66.2 Hauptteil	197
66.3 Schluss	198
67. Literaturverzeichnis	199
67.1 Einleitung	199
67.2 Hauptteil	200
67.3 Schluss	201
68. Anhang	202
68.1 Einleitung	202
68.2 Hauptteil	203
68.3 Schluss	204
69. Bibliographie	205
69.1 Einleitung	205
69.2 Hauptteil	206
69.3 Schluss	207
70. Zusammenfassung	208
70.1 Einleitung	208
70.2 Hauptteil	209
70.3 Schluss	210
71. Literaturverzeichnis	211
71.1 Einleitung	211
71.2 Hauptteil	212
71.3 Schluss	213
72. Anhang	214
72.1 Einleitung	214
72.2 Hauptteil	215
72.3 Schluss	216
73. Bibliographie	217
73.1 Einleitung	217
73.2 Hauptteil	218
73.3 Schluss	219
74. Zusammenfassung	220
74.1 Einleitung	220
74.2 Hauptteil	221
74.3 Schluss	222
75. Literaturverzeichnis	223
75.1 Einleitung	223
75.2 Hauptteil	224
75.3 Schluss	225
76. Anhang	226
76.1 Einleitung	226
76.2 Hauptteil	227
76.3 Schluss	228
77. Bibliographie	229
77.1 Einleitung	229
77.2 Hauptteil	230
77.3 Schluss	231
78. Zusammenfassung	232
78.1 Einleitung	232
78.2 Hauptteil	233
78.3 Schluss	234
79. Literaturverzeichnis	235
79.1 Einleitung	235
79.2 Hauptteil	236
79.3 Schluss	237
80. Anhang	238
80.1 Einleitung	238
80.2 Hauptteil	239
80.3 Schluss	240
81. Bibliographie	241
81.1 Einleitung	241
81.2 Hauptteil	242
81.3 Schluss	243
82. Zusammenfassung	244
82.1 Einleitung	244
82.2 Hauptteil	245
82.3 Schluss	246
83. Literaturverzeichnis	247
83.1 Einleitung	247
83.2 Hauptteil	248
83.3 Schluss	249
84. Anhang	250
84.1 Einleitung	250
84.2 Hauptteil	251
84.3 Schluss	252
85. Bibliographie	253
85.1 Einleitung	253
85.2 Hauptteil	254
85.3 Schluss	255
86. Zusammenfassung	256
86.1 Einleitung	256
86.2 Hauptteil	257
86.3 Schluss	258
87. Literaturverzeichnis	259
87.1 Einleitung	259
87.2 Hauptteil	260
87.3 Schluss	261
88. Anhang	262
88.1 Einleitung	262
88.2 Hauptteil	263
88.3 Schluss	264
89. Bibliographie	265
89.1 Einleitung	265
89.2 Hauptteil	266
89.3 Schluss	267
90. Zusammenfassung	268
90.1 Einleitung	268
90.2 Hauptteil	269
90.3 Schluss	270
91. Literaturverzeichnis	271
91.1 Einleitung	271
91.2 Hauptteil	272
91.3 Schluss	273
92. Anhang	274
92.1 Einleitung	274
92.2 Hauptteil	275
92.3 Schluss	276
93. Bibliographie	277
93.1 Einleitung	277
93.2 Hauptteil	278
93.3 Schluss	279
94. Zusammenfassung	280
94.1 Einleitung	280
94.2 Hauptteil	281
94.3 Schluss	282
95. Literaturverzeichnis	283
95.1 Einleitung	283
95.2 Hauptteil	284
95.3 Schluss	285
96. Anhang	286
96.1 Einleitung	286
96.2 Hauptteil	287
96.3 Schluss	288
97. Bibliographie	289
97.1 Einleitung	289
97.2 Hauptteil	290
97.3 Schluss	291
98. Zusammenfassung	292
98.1 Einleitung	292
98.2 Hauptteil	293
98.3 Schluss	294
99. Literaturverzeichnis	295
99.1 Einleitung	295
99.2 Hauptteil	296
99.3 Schluss	297
100. Anhang	298
100.1 Einleitung	298
100.2 Hauptteil	299
100.3 Schluss	300

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1 Einführung	1
1.1 Vorwort	1
1.2 Die Gicht	2
1.2.1 Definition und klinisches Bild	2
1.2.2 Häufigkeit und Epidemiologie	5
1.2.3 Genetik der Gicht	6
1.3 Arbeitshypothese und Fragestellung	8
2 Literaturübersicht	10
2.1 Psychosomatische Aspekte der Gicht in der Literatur	10
2.2 Zur psychosomatischen Theoriebildung	16
2.2.1 Soziokulturelle Aspekte körperlicher Krankheit	18
2.2.2 Intrapsychische Aspekte psychosomatischer Symptombildung	20
2.2.3 Interpersonelle Aspekte der Entstehung und des Verlaufs körperlicher Krankheiten.....	23
3 Methodik	27
3.1 Methodik der eigenen Untersuchung.....	27
3.1.1 Patientenauswahl und Kontrollgruppe	29
3.1.2 Untersuchungsang	30
3.1.3 Das Hausbesuchsinterview	32
3.1.4 Der Fragebogen	35
3.1.5 Auswertung der Gespräche	36
4 Ergebnisse	38
4.1 Ergebnisse der klinischen Untersuchung von 16 Familien mit einem an Gicht erkrankten Mitglied	38
4.1.1 Beschreibung des Patientenguts	39
4.1.2 Organische Befunde.....	39
4.1.3 Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverhalten	42
4.1.3.1 Mit welchen Gefühlen wird die Krankheit des betroffenen Familienmitglieds durch die Familie verarbeitet?	42
4.1.3.2 Krankheitsverlauf und einschneidende Lebensereignisse	43
4.1.3.3 Das Verhältnis der Familien zu den Ärzten	44

4.1.4	Abhängigkeit und Selbständigkeit in den familiären Beziehungen	45
4.1.4.1	Ablösung vom Elternhaus	45
4.1.4.2	Partnerwahl	46
4.1.4.3	Familienbewertung.....	47
4.1.5	Rollenverteilung zwischen den Ehepartnern	48
4.1.6	Psychopathologieskala	49
4.1.7	Familiäre Interaktionen	52
4.1.8	Wohnatmosphäre - Bewirtung - Stimmung während des Interviews	55
4.2	Ergebnisse der Fragebogenerhebung	56
4.2.1	Soziale Faktoren	56
4.2.2	Medizinische Daten	60
4.2.3	Die Familie als soziales System - Einstellung ihrer Mitglieder gegenüber verschiedenen familiären Funktionen	65
4.2.4	Ernährungs- und Konsumverhaltensweisen	70
4.2.5	Sportlichkeit und Sportverhalten	72
4.2.6	Beschreibung von ausgewählten charakteristischen Interviews.....	72
5	Diskussion	79
5.1	Methodik	79
5.1.1	Zum Hausbesuchsinterview	80
5.1.2	Zur Fragebogenerhebung.....	81
5.2	Ergebnisse	83
5.2.1	Diskussion der Ergebnisse des Hausbesuchsinterviews.....	83
5.2.1.1	Patientenauswahl und Kontrollgruppe	83
5.2.1.2	Organische Befunde	84
5.2.1.3	Krankheitsverarbeitung und Krankheits- verhalten	86
5.2.1.4	Abhängigkeit und Selbständigkeit in den familiären Beziehungen	87
5.2.1.5	Rollenverteilung zwischen den Ehepartnern.....	88
5.2.1.6	Individuelle Psychopathologie	89
5.2.1.7	Familiäre Interaktionen.....	90
5.2.1.8	Wohnatmosphäre - Bewirtung - Stimmung während des Interviews	91

5.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Fragebogenerhebung	92
5.2.2.1 Soziale Faktoren	92
5.2.2.2 Medizinische Daten.....	94
5.2.2.3 Die Familie als soziales System	97
5.2.2.4 Ernährungs- und Konsumverhalten	98
5.2.2.5 Sportlichkeit und Sportverhalten.....	100
6 Zusammenfassung	102
6.1 Ergebnisse der klinischen Untersuchungen	103
6.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung	105
6.3 Konsequenzen für die Therapie	106
Schlußwort	108
Literaturverzeichnis	109
Anhang	116
Danksagung	164
Lebenslauf	165

I EINFÜHRUNG

I.1 Vorwort

Eine Untersuchung der psychosozialen Aspekte, die in Familien mit einem körperlich erkrankten Familienmitglied bei der Entstehung und im Verlauf der Krankheit zum Tragen kommen, erfordert die Berücksichtigung vielfältiger Krankheitseinflüsse.

Das Krankheitsbild der Gicht ist neben hauptsächlich genetischen Einflüssen auch von verschiedenen Umweltfaktoren beeinflusst. Dementsprechend werden neben biologisch-medizinischen Fragen auch soziologische, psychologische und psychosomatische Probleme aufgeworfen.

Wenn die Gicht auch eine Erkrankung darstellt, die mit den heutigen medizinischen Behandlungsmethoden gut beherrschbar ist, so ist der Gichtpatient nichtsdestoweniger als eine Persönlichkeit bekannt, mit der hinsichtlich ihres Gesundheits- und Krankheitsverhaltens häufig schwer zu kooperieren ist.

Während neben den inzwischen weitestgehend aufgeklärten biologisch-organischen Fragen auch die soziokulturellen und intrapsychischen Aspekte dieses Krankheitsbildes zunehmend erforscht werden, ist der Einfluß der interpersonellen, familiären Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf der Gicht weitestgehend unbekannt.

Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag zur Untersuchung dieser Einflüsse geleistet werden.

1.2 Die Gicht

1.2.1 Definition und klinisches Bild

Die Gicht stellt ein ätiologisch uneinheitliches Krankheitsbild dar, welches in den häufigsten Fällen auf eine angeborene Stoffwechselstörung, der familiären (primären) Hyperurikämie, zurückzuführen ist. Neben der primären Hyperurikämie gibt es sekundäre Hyperurikämien, bei denen die Erhöhung des Harnsäurespiegels durch eine definierte andere Erkrankung (z.B. eine Hämoblastose) oder durch bestimmte, langdauernde Medikamentenzufuhr (z.B. Saluretika) bedingt ist.

Die familiären Stoffwechseländerungen führen in einem großen Teil der Fälle zu dem als primäre Gicht bezeichneten Krankheitsbild. Die sekundären Hyperurikämieformen können zum weit selteneren Krankheitsbild der sekundären Gicht führen.

Als Ursache der primären sowie der sekundären Hyperurikämie ist in über 90 % der Fälle eine renale Ausscheidungsstörung für Harnsäure anzusehen. Nur in 1 - 2 % aller familiären Hyperurikämien und in 1 - 10 % der sekundären Hyperurikämien liegt eine vermehrte Harnsäurebildung vor (20, 21, 84, 90). Ca. 0,5 - 1 % aller Patienten mit primärer Gicht weisen eine bestimmte angeborene Enzymanomalie auf. Das bekannteste entsprechende Krankheitsbild ist das Lesch-Nyhan-Syndrom (primäre kindliche Gicht), welches durch kompletten Mangel an Hypoxanthin-Guanin-Phosphoribosyltransferase gekennzeichnet ist. Die Pathogenese der primären Hyperurikämie soll in ihren Erscheinungsformen tabellarisch (46) dargestellt werden:

Tabelle 1: Pathogenese der primären Hyperurikämie

1. Hypoexkretion von Harnsäure (> 95 % der Fälle)

Idiopathisch

Vergesellschaftet mit Störungen im Aminosäurestoffwechsel?

2. Hyperproduktion von Harnsäure (< 5 % der Fälle)

Idiopathisch (erhöhte intrazelluläre Konzentration von Phosphoribosylpyrophosphat; verminderte intrazelluläre Konzentration von Purinnukleotiden)

Vergesellschaftet mit spezifischen Enzymdefekten:

Hypoxanthin-Guanin-Phosphoribosyltransferase (partieller oder kompletter Mangel)

Glucose-6-phosphatase (Mangel)

Phosphoribosylpyrophosphat-Synthetase (gesteigerte Aktivität)

Phosphoribosylpyrophosphat-Aminotransferase (verminderte Empfindlichkeit gegenüber der Rückkopplungshemmung von Purinnukleotiden)

Adenylsäuredesaminase (verminderte Empfindlichkeit gegenüber einer Hemmung durch anorganisches Phosphat)

Glutaminsynthetase (gesteigerte Aktivität) *

Glutathionreduktase (gesteigerte Aktivität) *

Xanthinoxidase (gesteigerte Aktivität) *

Glutaminase (Mangel in der Niere) *

* theoretische
Möglichkeiten

Da die Löslichkeit von Harnsäure im Plasma nur 6,4 mg/100 ml beträgt, führt ein Anstieg der Harnsäurekonzentration über diesen Wert zur Ausfällung der Urate vor allem in Geweben mit hoher interstitieller Uratkonzentration (Nierenmark) oder aber an Oberflächen mit sauren Mucopolysacchariden (Gelenke, Schleimbeutel etc.). Ursache der akuten rezidivierenden Arthritis ist das Freisetzen entzündungserregender Kinine aus Leukozyten, die infolge phagozytierter Uratmikrokristalle zerfallen. Als eine weitere Voraussetzung des akuten Gichtanfalls wird heute eine plötzliche Schwankung der Harnsäurekonzentration im Serum angesehen (88).



MARSHALL und SCHATTENKIRCHNER (44) nennen u.a. folgende Punkte, die den akuten Gichtanfall auslösen können:

- o Vermehrte Purinzufuhr durch Festessen, Schlemmereien etc.
- o Verminderte Harnsäureausscheidung durch Alkohol und verschiedene Arzneimittel
- o Vermehrte Uratbildung durch Adrenalinausschüttung oder Anregung der Nebennierenrinde (u.a. Infekte, Traumen, körperliche Anstrengungen oder "allgemein physischer und psychischer Streß")

Das Risiko einer Gicht bei Personen mit 10-jähriger Serumharnsäurekonzentration von mehr als 7 mg/100 ml beträgt etwa 1 : 5 (23).

Die Symptome und Befunde des ersten Anfalls sind typisch. Am häufigsten werden in absteigender Reihenfolge das Grundgelenk einer Großzehe (Podagra), das Sprunggelenk, das Kniegelenk (Gonagra) und später auch kleinere Gelenke befallen. Im Verlauf der Krankheit, die allmählich in eine chronisch-destruierende Arthritis übergeht, können alle Gelenke befallen werden (46, 86).

In den meisten Fällen finden sich mit zunehmender Dauer der Gicht erhebliche interstitielle, tubuläre und glomeruläre Schädigungen, die wiederum renale Durchblutungsinderungen und in einem Drittel bis der Hälfte aller Gichtpatienten zu arterieller Hypertension unterschiedlichen Schweregrades führen können (46, 80).

Verlauf und Prognose der Gicht hängen entscheidend von den Folgen der Hypertonie und der Nierenschädigung ab (86).

Als Haupttodesursache bei unbehandelter Gicht gelten Koronarthrombose und Apoplexie infolge arterieller Hypertension (62, 80).

1.2.2 Häufigkeit und Epidemiologie

Die Gichthäufigkeit um die Jahrhundertwende wird für Deutschland mit 3,5 o/oo unter der Gesamtbevölkerung und 28,2 o/oo unter den Privatpatienten angegeben (45). Im Zeitraum zwischen 1948 und 1970 hat sich die Gichtmorbidity bei Männern verzwanzigfacht (12). In einer in der Stadt Framingham angefertigten Studie (23) wiesen von 5.127 untersuchten, erwachsenen Personen 9,2 % der Männer und 0,4 % der Frauen eine Harnsäurekonzentration von über 7 mg/100 ml auf. 2,8 % aller Männer und 0,4 % aller Frauen bis zum 65. Lebensjahr erlitten einen Gichtanfall.

In historischen medizinischen Illustrationen wird die Gicht über Jahrtausende hinweg als eine Wohlstandskrankheit betrachtet (ausführliche Literaturübersichten: 12, 24). Bezüglich gesellschaftlicher und beruflicher Herkunft der Gichtkranken hat sich im Zuge der Angleichung der Lebensgewohnheiten der verschiedenen Bevölkerungsschichten in den vergangenen Jahrzehnten ein erheblicher Wandel vollzogen. MERTZ (46) stellt dazu fest, daß infolge "mangelnder Selbstdisziplin" eher die breiteren Massen als die "wohlhabenden Kreise" betroffen sind. MERTZ an gleicher Stelle: "Als Kliniker kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß 'Neureiche' aus niederen sozialen Schichten wesentlich mehr zu manifester Gicht disponiert sind als 'Altreiche' oder 'Neuarmer'. Neuere Statistiken (63) schätzen die Gichtmorbidity in den Industrieländern zwischen 1 und 2 % der männlichen Erwachsenen ein.

Lag verschiedenen Untersuchungen zufolge der durchschnittliche Harnsäurespiegel der Männer in den 50er Jahren noch unter 5 mg/100 ml, so ist er in den 70er Jahren bis auf Werte von über 6 mg/100 ml angestiegen (39).

Die seit einigen Jahrzehnten zu beobachtende Zunahme der manifesten Gichterkrankungsfälle und die ihr zugrunde liegenden erhöhten durchschnittlichen Harnsäurewerte werden im allgemeinen auf veränderte Ernährungsbedingungen (Überernährung, Alkohol) und zunehmende körperliche Inaktivierung zurückgeführt.

Bemerkenswertes Beispiel für den Einfluß von Umweltfaktoren auf die Entwicklung einer Gicht liefern Untersuchungen unter der polynesischen Bevölkerung Neuseelands. Dort war die Gicht vor der Kontaktaufnahme der Eingeborenen mit den Europäern so gut wie unbekannt und kommt seit den 60er Jahren in

fast gleicher Häufigkeit wie bei den europäischen Bevölkerungsteilen Neuseelands vor (55). ZÖLLNER (85) verweist darauf, daß Chinesen und Südtaliener in New York und Boston häufiger an Gicht erkranken als in ihren Heimatländern und hebt somit ebenfalls die Bedeutung von Umgebungseinflüssen für die Pathogenese der Gicht hervor.

1.2.3 Genetik der Gicht

Bei Betrachtung der Gicht sind die naturwissenschaftlichen Erklärungsmodelle, wie sie bereits oben dargestellt sind, unentbehrlich. Die Annahme, daß es sich bei der primären Gicht um eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung handelt, stützt sich bereits auf die im Altertum beobachtete Tatsache einer familiären Häufung der Gicht bei eindeutiger Bevorzugung des männlichen Geschlechts. Eingehende Familienuntersuchungen aus neuerer Zeit (84, 57) belegen überzeugend den Einfluß genetischer Faktoren bei der Entstehung des Krankheitsbildes Gicht.

ZÖLLNER (85) verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß auch für die Feststellung einfacher genetischer Zusammenhänge eine dazu passende Umwelt nötig sei, "...daß aber...beim derzeitigen Stand der Genetik die Majorität der Fälle mit Hyperurikämie und Gicht nach den Mendelschen Regeln dominant vererbt wird".

Andere Untersuchungen zur Genetik der Gicht schließen nicht aus, "...daß der spezifische Phänotyp Gicht bzw. der biochemische Phänotyp Hyperurikämie von mehr als einem einzigen Genotyp produziert wird" (29). Dafür spräche vor allem die große Variabilität in der Ausprägung und im Zeitpunkt des Krankheitsbeginns (29). Es wäre im Falle der familiären Hyperurikämie somit möglicherweise eine "biochemische Heterogenität" anzunehmen (46), was es einerseits heute noch nicht möglich macht, so wie im Falle der x-chromosomal-rezessiv vererbten Form der Gicht, dem Lesch-Nyhan-Syndrom, evtl. gegebene bestimmte Enzymdefekte im Harnsäurestoffwechsel ausreichend zu identifizieren, andererseits aber zu der Annahme berechtigt, daß sich durch die Heterogenität "die pathogenetischen Mechanismen" in ihrer Bedeutung von einem zum anderen primär hyperurikämischen Individuum unterscheiden und somit Umgebungsfaktoren, die für bestimmte Merkmalsträger harmlos sind, für andere gefährlich sein könnten (46).

Gerade bei variabler Expressivität der mutmaßlich beteiligten Gene können verschiedene variable Umweltdeterminanten die Genwirkung hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Serumharnsäurekonzentration beeinflussen (29, 46).

In diesem Zusammenhang erscheint es noch einmal sinnvoll herauszustellen, daß erstens die Genetik der Gicht immer zunächst die der Hyperurikämie ist, welche durch verschiedenste oben bereits aufgeführte Umgebungsfaktoren, die von alimentären Fehlverhaltensweisen bis hin zu psychischem Streß reichen, zur manifesten Gicht führen kann und zweitens, wie erwähnt, für die Entwicklung der Hyperurikämie selbst bereits neben genetischen auch Umgebungsfaktoren von Bedeutung zu sein scheinen (29, 46). MERTZ (46) führt dazu aus: "Viele äthiologische Umweltfaktoren wirken über lange Zeiträume auf einen empfindlichen Genotypus ein und erzeugen Hyperurikämie. Andere, jedoch sich überlappende Umwelteinflüsse können manifeste Gicht hervorrufen."

Als entscheidendes Vermittlungsglied zwischen genetischer Determiniertheit und der Umwelt wird in der Gichtforschung bisher v.a. das soziokulturell bedingte spezifische Ernährungsverhalten des Gichtikers herausgestellt (29, 81, 85).

Unter der purinarmen Ernährungsweise des letzten Krieges und der Nachkriegszeit war die Gicht bekanntermaßen eine sehr seltene Erkrankung und die "Hyperurikämie" war selbst bei genetisch dazu Prädisponierten ein seltener Befund (85).

Heute dagegen ist die mit der Nahrung aufgenommene Purinmenge so reichlich, daß die genetische Anlage zur Hyperurikämie eher zum Durchbruch gelangen kann.

Auf die Möglichkeit des Einflusses auch interpersoneller und intrapsychischer Faktoren verweist MERTZ (46), indem er auf die Bedeutung von "Sitten, Gebräuchen" und "emotionalen Reaktionen" für die Zunahme der Gichtmorbidity in den letzten Jahrzehnten verweist.

Durch "sozioökonomischen oder individuellen Streß" könne über psychophysiologische Mechanismen die Entwicklung einer Hyperurikämie möglich sein.

Zusammenfassend sei hier betont, daß es sich hinsichtlich Ätiologie und Pathogenese der Gicht um eine vererbte Krankheit handelt, daß aber eine entsprechende Umwelt erforderlich zu sein scheint, um die Erkrankung manifest werden zu lassen.

"Zu dieser Umwelt gehört jedoch nicht nur das 'Angebot', das von ihr ausgeht, sondern auch die Persönlichkeit, die dieses 'Angebot' bereitwillig aufnimmt, weil es ihren oft neurotischen Bedürfnissen entgegenkommt, es integriert zu einer Erweiterung ihrer selbst oder es ablehnt (35)."

Es ist anzunehmen, daß bei Betrachtung der dem Krankheitsbild Gicht zugrundeliegenden Faktoren neben genetischen, soziokulturellen und alimentären auch psychische Aspekte eine Rolle spielen. Auf diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, auch die Persönlichkeit und das unmittelbare psychosoziale und interpersonelle Umfeld des Gichtikers zu berücksichtigen.

1.3 Arbeitshypothese und Fragestellung

Bei der Entstehung von Hyperurikämie und ihrer klinischen Manifestation der Gicht zeigt sich deutlich das Zusammenwirken von genetischer Determiniertheit mit soziokulturellen Faktoren.

Als Vermittlungsglied zwischen beiden Variablen wird in der Gichtforschung bisher v.a. die Ernährung angesehen.

Zum Beginn dieser Arbeit wird von der Annahme ausgegangen, daß darüber hinaus auch psychogene Faktoren in direkter Form über bestimmte emotionale Erregungs- und Erlebnisweisen und in indirekter Form über die Ausprägung eines bestimmten Ernährungsverhaltens die Höhe des Harnsäurespiegels und somit auch die Auslösbarkeit eines Gichtanfalles mitbestimmen können.

Diese Annahme stützt sich auf die in den bisherigen Vorüberlegungen aufgeführten Literaturhinweise (29, 46, 85).

Von dieser Position ausgehend wird hier die Hypothese vertreten, daß neben genetischen, soziokulturellen und intrapsychischen Faktoren auch interpersonelle Aspekte aus dem unmittelbaren psychosozialen Umfeld des Gichtpatienten beim Krankheitsbild der Gicht zu finden sind.

Diese Hypothese leitet sich aus der psychosomatischen Theoriebildung ab. Nach WIRSCHING (79) bilden bei Zugrundelegung einer "integrativen holistischen Perspektive" verschiedene Dimensionen ein Gesamtsystem sich wechselseitig beeinflussender somatischer und psychischer Prozesse. Als Dimensionen dieses Gesamtsystems werden unterschieden:

1. eine biologisch organische Dimension
2. eine intrapsychische Dimension
3. eine interpersonelle Dimension
4. eine soziokulturelle Dimension und
5. eine Dimension bestehend aus der jeweiligen physikalischen Umwelt des Patienten

"Wie die verschiedenen Linsen eines Teleskops bringt jede dieser Dimensionen eine jeweils andere Ebene des Gesamtgeschehens klar ins Bild, während andere Aspekte verblassen (79)."

Für unsere Fragestellung rückt nun der interpersonelle Aspekt dieses krankheitsformenden "bio-psycho-sozialen Feldes" (58) in den Vordergrund der Betrachtung.

Im Blickpunkt steht hier das zwischenmenschliche Beziehungssystem und die strukturellen Rahmenbedingungen, in denen sich dieses Beziehungssystem herausbildet. Jeder Mensch ist Teil eines solchen Beziehungssystems, von dem die Familie das aus unserer Sicht Wichtigste darstellt.

Auf diesem Hintergrund fragen wir, ob der Gichtpatient in einem familiären Beziehungsfeld steht, das ihm kaum eine andere Wahl läßt als so zu denken, fühlen, wahrzunehmen und sich so zu verhalten, wie er es tut und ob die Krankheit womöglich zu einer weiteren Verfestigung solcher pathologischer Beziehungsformen beiträgt.

Zusammenfassend lassen sich folgende Grundfragen formulieren:

1. In welchem familiären Umfeld kommt die Krankheit des Gichtikers zum Tragen?
Wie sind die organisatorischen und kommunikativen Strukturen der Familie des Gichtikers gestaltet?
2. Welche Rolle spielt die Familie des Gichtikers bei der Entstehung und beim Verlauf der Krankheit?
Welche Funktion und welche Auswirkung hat die Krankheit des Gichtikers auf seine Familie?

2 LITERATURÜBERSICHT

2.1 Psychosomatische Aspekte der Gicht in der Literatur

Als Ausgangspunkt psychosomatischer Forschung bezüglich der Pathogenese der Gicht sind die Beobachtungen von Historikern über die häufige Assoziation von herausragenden Persönlichkeitsmerkmalen wie Intelligenz, Sozialstatus, Tatkraft etc. mit Gicht bei verschiedenen hochgestellten Personen der Geschichte zu werten (12, 73).

Unter Gicht gelitten haben sollen unter anderem ALEXANDER DER GROSSE, KARL DER GROSSE, LUTHER, WALLENSTEIN, FRIEDRICH DER GROSSE und J.W. VON GOETHE.

Nach ZÖLLNER (84) reichen die Beschreibungen der Gicht bis in das 13. Jahrhundert zurück, obwohl als nicht gesichert gelten kann, daß alles, was in dieser Zeit als Gicht beschrieben wurde, auch wirklich der Gicht zuzuordnen sei.

In neuerer Zeit hat vor allem OROWAN (52) die Diskussion um Zusammenhänge zwischen bestimmten Leistungen der Großhirnrinde und erhöhten Serumharnsäurewerten entfacht. Die von OROWAN ins Gespräch gebrachte Idee gründet sich auf die Annahme, Harnsäure habe u.a. die Eigenschaft, die Großhirnrinde zu stimulieren, worauf die hohen geistigen Leistungen und die Intelligenz der Spezies Mensch zurückzuführen sei. Später haben vor allem HALDANE () und BROOKS und MUELLER (11) anhand eigener Untersuchungen positive Korrelationen zwischen der Höhe des Harnsäurespiegels und psychosozialen Persönlichkeitseigenschaften wie Leistungsmotivation, Führungsverhalten, Erfolgsstreben etc. formuliert. Zusammenhänge zwischen bestimmten psychosozialen Stresssituationen und dem Serumharnsäurespiegel lassen sich aus den Arbeiten von KASL, COBB und BROOKS (30) herstellen, die einen hochsignifikanten Anstieg der Serumharnsäure bei Männern beobachteten, die wegen Schließung ihrer Fabrik ihre Beschäftigung verloren hatten. Die Harnsäurewerte fielen bei denjenigen, die eine neue Beschäftigung fanden, während sie bei den Arbeitslosen annähernd konstant erhöht blieben.

Besonders interessant sind in diesem Zusammenhang Untersuchungsergebnisse von RAHE und Mitarbeitern (56) an den Teilnehmern eines Unterwasserspringteams der Amerikanischen Armee. Vor Beginn der Übung und in der ersten Trai-

ningswoche wurden bei den Teilnehmern die höchsten Harnsäurewerte gemessen. Speziell bei den Teilnehmern, die das Training erfolgreich abgeschlossen hatten, lagen die Serumharnsäurewerte noch über den Durchschnittswerten der Gesamtteilnehmer.

Als pathologische Erklärung stellen die genannten Autoren u.a. Zusammenhänge zwischen der Einschränkung des zirkulierenden Blutvolumens und der Freisetzung von Katecholaminen her.

Eine positive Korrelation v.a. zwischen ausgeprägtem Leistungsverhalten und hohen Harnsäurewerten konnten KASL, BROOKS und RODGERS (31) in einer anderen Studie aufzeigen.

Hingegen haben DUNN und Mitarbeiter (14) in einer Untersuchung an 96 Medizinstudenten insgesamt keinen Zusammenhang zwischen der Serumharnsäurekonzentration und dem Leistungsgrad der untersuchten Personen finden können. Deutlichere partielle Korrelationen zwischen beiden Parametern fanden die Autoren allerdings bei den Studenten, die nach Ansicht ihrer Lehrer über gewisse Führungseigenschaften verfügen können. MONTOYE und MIKKELSEN (49) wiederum konnten zwischen der Höhe des Intelligenzquotienten von Oberschülern beiderlei Geschlechtes und deren Serumharnsäurekonzentrationen keine Beziehung nachweisen.

Eine in diesem Zusammenhang andere Deutungsmöglichkeit für eine positive Korrelation zwischen bestimmten psychosozialen Erregungszuständen und erhöhten Harnsäurewerten wäre die Möglichkeit eines Anstiegs der Harnsäure infolge der aus der Psychosomatik bekannten Tendenz vieler Menschen, in Streßsituationen vermehrt Nahrung und Alkohol zu konsumieren.

Daß bei Gichtikern ein bestimmtes individuelles Eßverhalten und Alkoholkonsum möglicherweise vermittelnde Faktoren für entsprechende Harnsäureanstiege darstellen könnten, ist von KATZ und Mitarbeitern (32, 34) besonders an Personen in Führungspositionen beobachtet worden.

Von hier ließe sich auch eine Verbindung zu der von verschiedenen Autoren (3, 14, 23, 81) beobachteten statistisch signifikanten Beziehung zwischen erhöhten Harnsäurewerten und Übergewicht herstellen. GRIEBSCH und ZÖLLNER (18) weisen dann auch in diesem Zusammenhang darauf hin, daß übergewichtige Personen mehr Nahrung und damit auch mehr Purinkörper zu sich nehmen, was die Harnsäure im Serum ansteigen ließe.

Erhöhte Zufuhr von Purinen unter psychischen Streßbedingungen oder aber im Zuge einer Fettsucht könnte bei Menschen mit einem genetischen Defekt im Harnsäurestoffwechsel zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Serumharnsäure führen.

In den wenigen Untersuchungen, die sich bisher mit dem spezifischen EBverhalten von Gichtikern befassen, vergleicht KAHN (28) den Gichtiker mit Adipösen ohne Gicht und beobachtete bei ersteren ein besonderes Feinschmeckergefühl sowie ausgesprochenes Interesse an Essen und Trinken, während die Adipösen die Feinheiten des Essens eher mißachteten. KLUSSMANN (35) berichtet, daß es für viele seiner untersuchten Gichtpatienten eine ihrer großen Freuden im Leben sei, gut zu essen. Außerdem legten sie großen Wert auf einen gut gedeckten Tisch, auf die Art der Zubereitung und auf die Güte der Zutaten. Darüber hinaus kochten sie gerne selbst (signifikanter Unterschied zu Nichtgichtikern). Im Vergleich zum Fettfreßsüchtigen genieße der Gichtiker mit all seinen Sinnen.

LAUBE (39), die 52 Gichtpatienten u.a. in Hinsicht auf ihre Ernährungsgewohnheiten untersuchte, stellte eine im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant niedrigere Energiezufuhr, aber relativ höhere Purin- und Alkoholzufuhr fest und hebt in diesem Zusammenhang als Nebenbefund die Wichtigkeit, die Kochen, Essen und Trinken sowie das Einkaufen von Nahrungsmitteln für die untersuchten Gichtiker einnimmt, heraus. Bei einem Rückblick in die historische Literatur verurteilt bereits ARETAEUS das Wohlleben der Gichtiker (zitiert nach 15) und vermerkt: "Wenn sie sich erholen oder dem Tod entkamen, leben sie ausschweifend, unmäßig im Essen, verschwenderisch und genießen nur den Augenblick."

Die Möglichkeit, daß neben vor allem alimentären Exzessen auch psychische Faktoren einen Gichtanfall auszulösen vermögen, ist nach KLUSSMANN (35) eine bekannte Erfahrung von Internisten und Chirurgen. Nach SCHATTENKIRCHNER (61) sind u.a. seelische und geistige Belastungen Bestandteil der Schilderung zahlreicher an Gicht erkrankter berühmter Männer der Geschichte über die Auslösung des Gichtanfalls. MARSHALL und SCHATTENKIRCHNER (44) sowie KUZEL und GAUDIN (38) sehen u.a. psychischen Streß oder seelische Verstimmungszustände als auslösende Momente des Gichtanfalles an.

Die Möglichkeit psychophysiologischer Zusammenhänge sieht ZÖLLNER (87) in einer u.a. durch psychische Belastung hervorgerufenen vermehrten Harnsäurebildung in Streßsituationen. KATZ und WEINER (33) halten einen direkten Effekt psychosozialer Ereignisse auf physiologische Stoffwechselvorgänge über einen veränderten Nucleinsäure-Purin-Metabolismus oder einen indirekten über einen Cortison-bedingten Rebound-Effekt mit verminderter renaler Harnsäureexkretion für möglich. HEUKENKAMP (25) führt Gichtanfälle in allgemeinen Streßsituationen auf verstärkte, durch ACTH vermittelte Nebennierenrindenaktivität zurück.

Fassen wir die Literaturübersicht zusammen, so läßt sich sagen, daß den Vorstellungen OROWANS hinsichtlich der Entstehung des komplexen Begriffes Intelligenz sicherlich eine zu große Vereinfachung anhaftet und auch bestimmte individuelle Persönlichkeitseigenschaften in einem breiteren psychosozialen und genetischen Beziehungsgefüge gesehen werden müssen. Daneben lassen verschiedene Befunde allerdings den Schluß zu, daß eine positive Korrelation zwischen der Serumharnsäurekonzentration und gewissen psychosozial bedingten individuellen Erregungs- und Emotionszuständen zu bestehen scheint.

Des weiteren gibt es Hinweise dafür, daß die bekannte Korrelation zwischen bestimmten Ernährungsgewohnheiten des Gichtikers und der Höhe des jeweiligen Serumharnsäurespiegels im Zusammenhang mit spezifischen Eß- und Genußverhaltensweisen zu stehen scheint.

Aus psychosomatischer Sicht fällt auf, daß dieses Eß- und Konsumverhalten offensichtlich mit bestimmten emotionalen Gestimmtheiten und einer spezifischen Haltung zu Genußritualen in Zusammenhang steht.

Allerdings muß gesagt werden, daß es sich bei den bisher diskutierten und überwiegend mit dem Begriff "Streß" umschreibbaren psychischen Aspekten der Hyperurikämie und Gicht überwiegend um Beschreibungen von Reaktionsweisen des Organismus auf eine ungenügende Anpassung an relativ unspezifische und vielfältige Umwelteinflüsse handelt. Will man dem Begriff "Streß" als eine die Krankheit mitbestimmende Größe eine Bedeutung geben, so entsteht die Notwendigkeit, die Bedeutung dieses Begriffs in eine Lebenssituation einzubeziehen. Die Wertigkeit, die Streß für eine bestimmte Person erhält, entsteht erst auf dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Erfahrung dieser Person (9).

Desgleichen muß aus psychosomatischer Sicht bei der Erörterung des EB- und Genußverhaltens des Gichtikers die Frage der spezifischen Bedingtheit dieses Verhaltens durch bestimmte Lebensumstände und die Persönlichkeit des Gichtikers gestellt werden. TEUTEBERG (74) verweist darauf, "...daß der eigene Lebensrhythmus..., soziale Rollenhaltungen und v.a. eine Fülle von sozialisierenden Lernprozessen die Nahrungsaufnahme mitsteuern. Wir wissen, daß Essen und Trinken mit allen anderen Lebensvorgängen zusammenhängen und deshalb zahlreiche komplementäre Aktivitäten auslösen, daß Mahlzeitordnungen soziale Kommunikation stiften und deshalb hohen Symbolcharakter besitzen. Es besteht ferner Konsens darüber, daß gewisse 'objektive' Faktoren wie Alter, Bildungsgrad, soziales Schichtbewußtsein, Beruf, Wohnform u.a. den individuellen Nahrungskonsum teilweise vorher festlegen."

Bezüglich der Beschreibung der Persönlichkeit des Gichtikers finden sich in der Literatur bisher nur wenige Hinweise. Beschreibungen von Charaktermerkmalen des Gichtikers geben KUZELL und GAUDIN (38), denen unter 504 Patienten mit primärer Gicht auffallend viele energische, physisch und intellektuell aktive sowie ruhe- und rastlose Personen auffielen. MERTZ (46) beschreibt die Mehrzahl der Gichtkranken ebenfalls als lebensfrohe Pykniker, unterstellt ihnen aber an anderer Stelle auch "außerordentliche psychische und geistige Beweglichkeit, getriebene Lebensweise, Ungeduld und Impulsivität, Erfolgstrieb und Streben nach sozialer Billigung, Angespanntheit und Zwanghaftigkeit". W. KULLEN (zitiert nach 46) beschreibt bereits 1778 in Glasgow den Typus des Gichtkranken als "robust und wohlgenährt mit großem Kopf und breiter Brust, blutreich und korpulent".

Bei Durchsicht der Literatur fand sich lediglich eine Arbeit aus neuerer Zeit, in der im Rahmen einer tiefenpsychologischen Betrachtungsweise differenziertere und persönlichkeitspezifischere psychische Variablen des Gichtikers aufgezeigt werden. KLUSSMANN (35), der 41 Gichtpatienten u.a. mit Hilfe eines erweiterten tiefenpsychologischen Interviews untersuchte, kommt im Rahmen seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, daß es sich beim Gichtiker signifikant gehäuft um pathologisch narzißtische Persönlichkeiten handelt. Das mit Hilfe von Kompensations- und Abwehrmechanismen überdimensionierte Selbstwertgefühl des Gichtikers sieht KLUSSMANN v.a. als Ergebnis einer frühkindlichen Entwicklungsstörung. Bei den meisten Gichtpatienten sei festzustellen, daß frühkindlich nach einer Periode enger Beziehung zur Mutter der symbiotische Kontakt der

ersten Wochen und Monate plötzlich abriß, so daß der jeweilige Patient als Kind abrupt sich selbst und der eigenen Phantasie überlassen war. Auf dem Hintergrund dieses Verlassenheitsgefühls des Kindes sind dann auch die späteren Größen- und Allmachtsphantasien des erwachsenen Gichtpatienten zu sehen, die gelegentlich von Minderwertigkeitsgefühlen und depressiven Stimmungslagen als Ausdruck einer Wendung der Aggression gegen die eigene Person abgelöst werden. Durch eine Umkehrung vermeintlicher oder echter Mängel der eigenen Person ins Gegenteil mit Entwicklung phantastischer Allmachtsgefühle oder aber durch das Bedürfnis, im Partner aufzugehen und dem Entwickeln übertriebener regressiver Anklammerungstendenzen an diesen, versuche der Gichtiker sein Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Hinsichtlich der Pathogenese des akuten Gichtanfalls konnte KLUSSMANN bei mehr als 70 % der untersuchten Gichtiker nachweisen, daß entweder ein objektiver oder phantastierter Objektverlust einer geliebten Person oder aber eine nicht adäquat beherrschbare Spannungssituation die Anfallauslösung mitbestimmten (35).

In Anlehnung an die Persönlichkeitstypisierung BALINTs (4) unterteilt der Autor die von ihm untersuchten Patienten auf dem Hintergrund dieser Charakterisierung in Oknophile und Philobaten (35).

Im Rahmen dieser Persönlichkeitsbeschreibung des Gichtikers gelangt KLUSSMANN auch zu einem neuen Verständnis des spezifischen Krankheitsverhaltens des Gichtikers. Der Gichtiker neige dazu, die Realität der Krankheit zu Gunsten der Rettung seines Selbstwertgefühls zu verleugnen. Er verhält sich wie ein Kind, welches in der Zeit der Unlust und Abhängigkeit alle ihm zur Verfügung stehenden Anstrengungen einsetzt, um entsprechend dem Lustprinzip den Realitätsforderungen auszuweichen. Auf diesem Hintergrund ist dann auch die bekannte mangelnde Kooperationsbereitschaft des Gichtkranken (Non-compliance) hinsichtlich medikamentöser und diätischer Behandlungsvorschriften zu verstehen (36). In diesem Zusammenhang erscheint eine von SEIDL und KELLER (66) gemachte Beobachtung zum Krankheitsverhalten des Gichtikers interessant, aus der hervorgeht, daß der Gichtiker dazu tendiert, die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung erst auszuprobieren und sich dabei evtl. selbst mehreren Gichtanfällen aussetzt.

Bei Durchsicht der Literatur zur Psychosomatik der Gicht möchten wir uns der Meinung von MERTZ (46) anschließen, der sagt: "Es ist möglich, daß subkulturelle Unterschiede hinsichtlich der Eingliederung und Stellung in der Gesellschaft die Art, wie ein 'Reiz' gebahnt wird, verändern und die Serumharnsäurewerte Zusammenhänge mit Variablen aufweisen können, die von der beruflichen Atmosphäre über soziale Faktoren bis zu familiären Sorgen reichen."

Wie sich aus Studien zur Psychosomatik der Gicht entnehmen läßt, ist anzunehmen, daß in der Ätiologie und Pathogenese der Hyperurikämie und ihrer Klinischen Manifestation der Gicht neben den Wechselbeziehungen zwischen Genetik und soziokulturell bedingten Ernährungsfaktoren auch intrapsychische Faktoren der Gichtikerpersönlichkeit von Bedeutung sind.

Zwischen diesen Dimensionen des Krankheitsverständnisses der Gicht klafft unseres Erachtens eine Lücke, die wir in dem näheren psychosozialen Umfeld der Gichtikerpersönlichkeit, nämlich in den Strukturen und der Psychodynamik der Familie des Gichtikers zu erkennen glauben.

2.2 Zur psychosomatischen Theoriebildung

Zum besseren Verständnis der Fragestellung der Untersuchung, der Methodik und der Diskussion der erhobenen Befunde seien an dieser Stelle zusammenfassend Überlegungen zur psychosomatischen Theoriebildung dargelegt.

Seit Verlassen des durch DESCARTES geprägten polaren Denkens und dichotomen Kategorisierens in Bewußtsein und Materie, Körper und Seele sowie Natur und Ich in den Bereichen Philosophie und Naturwissenschaft ist auch im Rahmen der psychosomatischen Theoriebildung das einseitige Denken in Kausalbeziehungen zwischen Seelischem und Körperlichem durch ein Konzept im Sinne eines "ganzheitlichen untrennbaren psychosomatischen Simultangeschehens" ersetzt worden (79).

Während in der psychosomatischen Medizin lange Zeit bestimmte Leiden wie z.B. das Ulcus pepticum, die Colitis ulcerosa oder das Asthma als psychosomatische Leiden definiert und in Fällen anderer Krankheitsbilder psychologische Prozesse ausschließlich als Reaktionen auf rein somatisches Geschehen gesehen wurden, wird heute Krankheit entsprechend einer kybernetischen Betrachtungsweise als Resultat wechselseitiger Beeinflussung körperlicher und seelischer Prozesse aufgefaßt.

Demnach zeigen jede Krankheit und jede krankhafte Störung psychosomatische und somatopsychische Aspekte und lediglich die Evidenz des jeweiligen Teilaspektes kann im Einzelfall oder bei bestimmten Krankheitsgruppen unterschiedlich sein. Insofern sind es heute auch überwiegend wissenschaftshistorische Gründe, die es rechtfertigen, an dem einer rein psychogenetischen Betrachtungsweise entsprechenden Begriff der Psychosomatik festzuhalten.

Wesentliches Resultat dieses Umdenkens in der psychosomatischen Theoriebildung ist die Erweiterung des Arbeitsfeldes der psychosomatischen Medizin u.a. in die Bereiche seelische Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverhalten bei chronisch unheilbar Kranken, bei Operationen, Organtransplantationen und verschiedenen Stoffwechselkrankheiten.

Somit ist es auch verständlich, daß die Psychosomatik in den letzten Jahren immer mehr den Charakter eines interdisziplinären Faches annimmt und die psychosomatische Theoriebildung sich zusehends Methoden aus der Arbeit anderer wissenschaftlicher Disziplinen wie z.B. der Soziologie, der Epidemiologie etc. entleiht.

WIRSCHING (79) prägte für die Unlösbarkeit und die Gleichzeitigkeit psychischer und somatischer Prozesse den Begriff der "integrativen holistischen Perspektive" und sieht die Wechselseitigkeit der verschiedenen Dimensionen des "bio-psycho-sozialen Feldes" am treffendsten in der von BERTALANAFFY (6) in die Humanwissenschaften und von ENGEL (16) in die Psychosomatikforschung eingebrachten Systemtheorie umschrieben.

Demzufolge nehmen wir bei der Betrachtung psychosomatischer und somatopsychischer Vorgänge anstelle linearer Ursache-Wirkungs-Beziehungen heute Felder wahr, in denen jede Veränderung eines Teiles auch die Beziehung aller übrigen Teile zueinander verändert. REISER (58) spricht in diesem Zusammenhang auch von einem "offenen transaktionellen System", das von einem viele Ebenen umfassenden, von intrazellulären und metabolischen bis hin zu sozialen, kulturellen und historischen Prozessen reichenden Fluß von Informationen und Energie gekennzeichnet ist.

WEIZSÄCKERS Einführung des Subjekts in Krankheitslehre und Psychosomatik stellt eine wesentliche Ergänzung der systemtheoretischen Betrachtungsweise dar. "Der Kernpunkt wäre..., daß ich meine Krankheit nicht nur bekomme und habe, sondern auch mache und gestalte; daß ich mein Leiden nicht nur dulde und fortwünsche, sondern auch brauche und will (76)."

Auf diesem Hintergrund wird deutlich, daß es bei der Betrachtung psychosomatischer Störungen heute nicht mehr ausreicht, die Wechselwirkung zwischen intrapsychischen und physischen Vorgängen zu analysieren, sondern daß es notwendig ist, alle Dimensionen des Gesamtsystems somatischer und psychischer Prozesse mit einzubeziehen.

Neben der für unsere Fragestellung bedeutenden interpersonellen (hier v.a. familiären) Dimension sind in der psychosomatischen Forschung v.a. die soziokulturelle und die intra-psychische Dimension des krankheitskonstituierenden "bio-psycho-sozialen Feldes" relevant.

Wir wollen die genannten Dimensionen so, wie sie sich in der psychosomatischen Literatur darstellen, im folgenden kurz betrachten.

2.2.1 Soziokulturelle Aspekte körperlicher Krankheit

Schon der oben erwähnte Einfluß veränderter Ernährungsbedingungen auf die Epidemiologie der Gicht hat deutlich gemacht, daß es nicht ausreicht, die Zunahme der Gichterkrankungsfälle nur anhand der erbten Anlage zur Hyperurikämie zu erklären, ohne dabei die veränderten individuellen Konsumverhaltensweisen zu berücksichtigen. Am Beispiel des Einflusses des Ernährungsverhaltens auf die Pathogenese der Gicht wird allerdings auch deutlich, wie stark soziokulturell gesellschaftliche Aspekte in Form eines veränderten Konsumangebotes individuelle Verhaltensweisen fördern können, die dann wiederum die Exazerbation einer latenten Krankheitsanlage zur manifesten Krankheit fördern können.

Eine der wesentlichsten Konzepte psychosomatischer Theoriebildung im Bereich soziokultureller Einflußfaktoren auf Entstehung und Verlauf somatischer und psychischer Krankheitsverläufe ist das von SELYE (67) entwickelte physiologische Streßmodell. Die Mehrzahl der psychosomatischen Krankheiten erscheint in diesem Modell als Reaktion auf Überforderung und Verlust des Gleichgewichtes im Rahmen eines unspezifischen, allgemeinen Adaptationssyndroms. BAMBERG und GREIF (5) haben das Streßmodell durch genaue Untersuchungen der Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, Wohnort und in der Familie weiterentwickelt. HOLMES und RAHE (26) haben mit Hilfe von Skalen, in denen Anzahl, Art und Bedeutung von Lebensveränderungen aufgeführt werden, die unterschiedlichen subjektiven Reaktionen auf belastende Lebensereignisse aufzeigen können.

Im Zuge der Kritik am Streßmodell stellt sich, wie bereits oben erwähnt, v.a. die Frage nach dem subjektiven Bedeutungsgehalt einzelner Stressoren (9, 53). In neuerer Zeit hat v.a. LAZARUS (40) die Wechselseitigkeit in der Beziehung zwischen subjektiver Einschätzung und subjektiver Bewältigungsmöglichkeit sowie bestimmten Umgebungsbedingungen in ihrer Wirkung auf die Streßerzeugung untersucht und somit in der Streßforschung den subjektiven Aspekten besonders Rechnung getragen.

Neben dem Streßmodell nimmt die psychosomatische Theorie, nach der die Krankheit als eine spezifische Anpassungsleistung des Individuums an gesellschaftliche Normen betrachtet wird, in neuerer Zeit einen breiten Raum in der Diskussion um die Bedeutung soziokultureller Faktoren in der Pathogenese psychosomatischer Erkrankungen ein. OVERBECK (53) betont, daß sich das Individuum auch in der Form seiner Krankheitsäußerung auf den jeweils geltenden Krankheitsbegriff der gesellschaftlichen Epoche einstellen muß, um sich verständlich zu machen. Nach BREDE (10) trägt das somatische Ausdrucksfeld dazu bei, daß der psychosomatisch Kranke in seinem sozialen Verhalten unauffällig ist. Im Gegensatz etwa zur Hysterie oder Zwangsneurose erfüllt der psychosomatisch Kranke die gesellschaftlich normativen Erwartungen an sein Handeln. BRÄUTIGAM (9) verweist am Beispiel des Krankheitsbildes der larvierten Depression auf die zunehmende Tendenz, körperliche Beschwerden und funktionelle Symptome als Äquivalent einer depressiven Verstimmung so sehr in den Vordergrund treten zu lassen, daß sie das individuelle Krankheitsbild vollständig prägen können.

Im Rahmen soziokultureller Aspekte psychosomatischer Erkrankung befaßt sich ein weiterer wissenschaftstheoretischer Ansatz mit dem Zusammenhang zwischen psychosomatischer Symptombildung und Sozialklassen. Aus der in diesem Zusammenhang am häufigsten zitierten Untersuchung von FREEDMAN und HOLLINGSHEAD (17), in der mehr als tausend psychotherapeutisch behandelte Patienten hinsichtlich ihres körperlichen oder seelischen Krankheitsangebotes untersucht wurden, geht hervor, daß in den oberen Sozialklassen seelische Krankheitssyndrome das Krankheitsbild beherrschten, während in den unteren Sozialklassen die Krankheitssymptomatik eher in Form körperlicher Beschwerden ausgedrückt wird. Während in den oberen Sozialklassen überwiegend eine subjektiv-seelische Konfliktebene vorherrscht, überwiegen in den unteren Sozialklassen Konflikte mit der äußeren Umwelt, Familie etc.

SENAY und REDLICH (68) kamen zu dem Ergebnis, daß v.a. schichtspezifische Unterschiede in der Familienstruktur für die Krankheitsanfälligkeit von Bedeutung sind. Ursachen für die unterschiedliche Somatisierungstendenz in den verschiedenen Schichten sieht BRÄUTIGAM (9) in Unterschieden der allgemeinen Lebensführung, der Ernährung, dem Bildungsstand, der Sprachfähigkeit und Phantasiebildung begründet.

Demzufolge könnten unterschiedliche Einkommensverhältnisse, unterschiedlicher psychosozialer Streß und unterschiedliche Fähigkeit zur Verbalisierung und Symbolisierung eigener und fremder Gefühle auch die unterschiedlichen Tendenzen zur Somatisierung in verschiedenen Sozialklassen erklären.

2.2.2 Intrapsychische Aspekte psychosomatischer Symptombildung

Ausgangspunkt der individuumzentrierten psychosomatischen Forschung ist das von FREUD entwickelte psychoanalytische Modell der Konversion. Während FREUD das Konversionsmodell in erster Linie auf die Hysterie beschränkte, hat GRODDECK (19) es als erster auch auf Organerkrankungen anzuwenden versucht. Im Kern dieses Modells wird von einer "primären Erogenität aller Organe und Organsysteme" ausgegangen, infolgedessen nicht akzeptierte Trieb- und Affektmotive genitaler und prägenitaler Art über den Abwehrmechanismus der Verdrängung körperliche Krankheitssymptome produzieren.

SCHUR (65) sieht in Anlehnung an das psychoanalytische Modell die psychosomatische Erkrankung als eine topische und genetische Ich-Regression im Sinne einer Resomatisierung auf eine archaische Organsprache. Die im Zuge einer normalen frühkindlichen Entwicklung stattfindende Desomatisierung seelischen Erlebens mit Neutralisierung von sexueller Libido und Aggressivität kann im späteren Leben durch Einschränkungen der Ich-Funktion wieder ins Gegenteil verkehrt werden, wobei das Ausdrucksorgan psychosomatischer Symptomatik durch verschiedene somatische und psychische, ererbte oder erworbene Dispositionen determiniert sein kann.

In Abweichung von diesen überwiegend neurosetypischen Modellen psychosomatischer Erkrankungen entwickelte MITSCHERLICH (48) das Konzept der zweiphasigen Verdrängung, in dessen Kernpunkt von einer dynamischen Wechselbeziehung von Neurose und körperlicher Krankheit ausgegangen wird. Nach diesem

Konzept kann eine nicht zu bewältigende Lebenskrise durch das Individuum in einer ersten Phase der Verdrängung mit neurotischer Symptombildung noch bewältigt werden; in einer zweiten Phase erfolgt dann aber die Verschiebung in körperliche Abwehrvorgänge.

Die Beobachtung, daß verschiedene Menschen in seelischen Konfliktsituationen primär oder sogar ausschließlich psychosomatisch reagieren, führte zu der von DE M'UZANT (51) begründeten Auffassung einer "originären psychischen Struktur" des psychosomatisch Kranken, welche sich von der des Neurotikers eindeutig unterscheidet.

Identisch mit der von SIFNEOS (69) beschriebenen "alexithymen Charakterstruktur" des psychosomatischen Patienten wird der psychosomatisch Kranke als eine Persönlichkeit mit eingeschränktem Einsichtsvermögen, Unfähigkeit, neues emotionales Verhalten zu erlernen, verarmter Phantasiewelt, Störungen im affektiven Erleben und schizoiden zwischenmenschlichen Kontakten charakterisiert (72).

Während die zuletzt genannten psychosomatischen Theorien das psychosomatische Geschehen v.a. auf einer psychologischen Ebene und im Sinne einer psychologischen Persönlichkeitstypologie behandeln, hat ALEXANDER (1) eine Theorie entwickelt, in der psychologische Hypothesen mit einer differenzierten Beschreibung physiologischer und pathologischer somatischer Vorgänge verbunden werden. Vereinfacht dargestellt kann nach der Theorie von ALEXANDER eine Zuordnung bestimmter emotionaler Verfassungen zu den Komponenten des sympathischen und parasympathischen Nervensystems vorgenommen werden. In Fällen der Hemmung von Konkurrenz, Aggressions- und Feindseligkeitshaltungen gerät das sympathische, adrenergetische, in Fällen von verdrängten regressiven Strebungen das parasympathische System in Erregung. Durch den Versuch, bei verschiedenen Krankheiten Korrelationen von bestimmten psychologischen Abläufen zu physiologischen Reaktionsweisen herauszuarbeiten, gelangte er zum Konzept krankheitsspezifischer intrapsychischer Konfliktmuster.

Dem oben dargestellten Modell des "bio-psycho-sozialen Systems" kommt die Perspektive von ENGEL und SCHMALE (15) am nächsten, die über die Modelle der konfliktspezifischen Erkrankung und der typischen psychosomatischen Persönlichkeit hinaus in ihrem Konzept der "somatopsychisch-psychosomatischen Krankheit" v.a. die bei verschiedenen primär organisch bedingten Krankheiten möglichen, sekundär wirksamen psychologischen Prozesse in ihrer möglichen Rückwirkung auf den psychischen Apparat herausgehoben haben.

Einer kybernetischen Betrachtungsweise entspricht auch das von UEXKÜLL (75) in jüngster Zeit entworfene psychosomatische Modell des "Situationskreises", in dem Krankheit als eine Reaktion auf eine das individuelle biologische und psychologische Verhaltensprogramm überfordernde Situation beschrieben wird.

WIRSCHING (79) hält es für möglich, daß im Leben ein und derselben Person durchaus neurotische, psychotische und psychosomatische Reaktionsformen abwechseln können und daß der jeweils evidente Reaktionstypus nur der am intensivsten, langfristig eingeschliffenste ist. Diese Ansicht kommt auch der der Lerntheoretiker am nächsten, die im psychosomatischen Geschehen langfristig erlernte individuelle Muster vegetativer Begleitreaktionen des affektiven Verhaltens sehen.

Einigkeit herrscht in der Literatur darüber, daß Häufung und Chronifizierung psychosomatischer Symptome nur auf der Basis tiefgreifender seelischer Störungen verstanden werden können und daß die Entwicklung der psychosomatischen Symptomatik bis in die frühe Kindheit zurückreicht.

Im Mittelpunkt psychoanalytisch-orientierter Untersuchungen des individuellen lebensgeschichtlichen Kontextes stehen die frühen Individuationsschritte auf dem Hintergrund der jeweiligen Objektbeziehungen des Kleinkindes. MAHLER (43) betont die Bedeutung einer adäquaten Entlassung des Kleinkindes aus der Symbiose der Mutter-Kind-Beziehung der ersten Lebensjahre in die Selbständigkeit. Die Konsolidierung der Individuation hänge v.a. von der Konstanz positiv-besetzter innerer Bilder der wichtigsten Beziehungspersonen ab.

Das Fehlen oder eine mangelhafte Funktion solcher innerer Objektrepräsentanzen führt nach psychoanalytischer Auffassung im späteren Leben des Individuums zu pathologischen Beziehungsformen im Verhältnis zu anderen Menschen und Dingen. Nach OVERBECK (53) entwickelt sich v.a. eine Anfälligkeit für Verlust- und Trennungssituationen und eine Überangepaßtheit an Erwartungen der Umwelt. Die Voraussetzung eines solchen Erlebens und Verhaltens sei in einer frühkindlich narzißtisch-symbiotischen Objektbeziehung begründet. Sie ist Ergebnis einer wechselseitig sehr engen Beziehung zwischen Mutter und Kind, die weder Trennung, Selbständigkeit noch Fortentwicklung des Kindes zuläßt. In solchen symbiotischen Beziehungen werden nicht nur das Verlassenwerden, sondern auch Selbständigkeitsimpulse als so gefährlich erlebt, daß sie in der Phan-

tasie zu einem drohenden Objektverlust führen können, was eine reale Krankheitsauslösung zur Folge haben kann.

Als Resultat dieser frühkindlichen Objektbeziehung wird in der psychoanalytischen Literatur der psychosomatische Patient heute übereinstimmend als Persönlichkeit mit einem pathologisch narzißtischen Selbst beschrieben, dessen Handlungssubstrat in den zwischenmenschlichen Beziehungen des Erwachsenenalters die Verobjektivierung anderer Menschen zu "Übergangsobjekten" darstellt, die austauschbar sind und in erster Linie die Lücke schließen sollen, die durch die abwesende Mutter entstanden ist. WINNICOTT (78) umschreibt diese Form der Beziehungsdynamik allgemein auch als "depressive Position".

Nach ENGEL (16) sind die hier beschriebenen Mechanismen frühkindlicher Individuation des psychosomatischen Patienten allerdings weder notwendige noch ausreichende Bedingungen für die Entwicklung einer körperlichen Krankheit, sondern eher begünstigende oder auslösende Faktoren, die andere (v.a. biologische) disponierende Faktoren voraussetzen.

2.2.3 Interpersonelle Aspekte der Entstehung und des Verlaufs körperlicher Krankheiten

Während sich die psychoanalytische Psychosomatikforschung über lange Jahre fast ausschließlich auf die im einzelnen Patienten liegenden körperlichen und seelischen Krankheitsfaktoren konzentrierte und auch mit der Erforschung der Objektbeziehungen lediglich die Auswirkung frühkindlich dyadischer Beziehungsmuster auf wiederum intrapsychische Krankheitsprozesse untersucht wird, ist erst durch die in jüngster Zeit aufgeworfene Frage nach dem Stellenwert des psychosomatischen Symptoms im Konfliktfeld der Familie die bisher überwiegend kausale zugunsten einer finaleren und systemtheoretischeren Betrachtungsweise interpersoneller Interaktionsprozesse abgelöst worden.

Geht man in Anlehnung an die Psychoanalyse davon aus, daß dem psychosomatischen Geschehen im Einzelfall umfassende seelische Störungen zugrunde liegen und es sich bei diesen weniger um die Folge einfacher seelischer Belastungen, sondern eher um eine bestimmte Form des Umgangs mit Konflikten zwischen einerseits äußeren und inneren Instanzen und andererseits verschiedenen Trieben und Bedürfnissen der jeweiligen Person handelt, dann stellt sich die Frage nach

dem realen Lebensbereich, in dem diese Konfliktbewältigung auch in ihren interpersonellen Auswirkungen zum Tragen kommt.

In Anlehnung an die Sozialisationstheorie als einem soziologischen Ansatz zur Erklärung der Persönlichkeitsentwicklung rückt heute mehr und mehr die Familie als die Institution, in der soziokulturelle Werthaltungen und Normen am prägendsten zum Tragen kommen, in den Mittelpunkt der Betrachtung krankheitsauslösender und unterhaltender Faktoren (10).

Die Familie kann einmal über eine bestimmte Struktur und Dynamik den Boden für eine bestimmte Ich-Entwicklung und Form von Objektbeziehung bereiten und andererseits die Krankheit eines Familienmitgliedes direkt durch Konflikte der Familienmitglieder untereinander verursachen und unterhalten.

Die ersten familienpsychosomatischen Ansätze lösen noch, in Tradition zu den Anfängen der Psychoanalyse stehend, Familienbeziehungen weitestgehendst in dyadische Zweierbeziehungen auf. SPERLING (71) beschreibt die Mütter psychosomatisch-kranker Kinder so, "...als ob der physiologische Akt der Geburt (der Trennung) von ihnen nicht akzeptiert würde". Die Beziehung zwischen Mutter und Kind wird als hochambivalent beschrieben. Überfürsorglichkeit wechselt mit offener oder verdeckter Ablehnung, Versuche des Kindes, sich aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter zu lösen, werden von dieser mit Liebesentzug oder Schuldvorwürfen beantwortet (70). Im Moment der körperlichen Erkrankung des Kindes läßt die Konfliktspannung nach. Die psychosomatische Erkrankung erscheint als Alternative zur Psychose oder Depression der Mutter.

Beziehen sich solche Interaktionsuntersuchungen auch hauptsächlich auf die Beziehungsdynamik zwischen einem Elternteil und einem erkrankten Kind, so lassen sich dennoch ähnliche Interaktionsmuster in den Beziehungen erwachsener Familienmitglieder zueinander ausmachen.

Im Rahmen jüngerer psychoanalytischer Forschung legt WILLI (77) das Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Analyse unbewußter Prozesse in Partnerwahl und Paarkonflikt. In Anlehnung an die Phasen der Libido-Entwicklung unterscheidet er eine narzißtische, eine orale, eine analsadistische und eine phallisch-ödipale Paar-Kollusion. Nach diesem Autor kann das psychosomatische Symptom für die Paar-Dynamik den Stellenwert eines besonderen Bindungsmomentes haben, andererseits aber auch der Verdeckung eines anderen kollusiven Ehekonfliktes dienen. In Anlehnung an MITSCHERLICHs "zweiphasige Abwehr" wird in diesem

Konzept zwischen dem psychosomatischen Symptom in seinem Konversionsaspekt, seiner Bedeutung als Affektäquivalent oder als Streßbegleiter differenziert.

Demzufolge kann das psychosomatische Symptom einmal Ausdruck symbolhafter Kommunikation gegenüber dem Konfliktpartner sein, ein anderes Mal Medium zur Abreaktion unbewußt verbleibender Phantasien beider Ehepartner oder aber als Ausdruck vegetativer und endokriner Organdysfunktion bei langdauerndem, heftigem psychischen Streß in Beruf und Ehe erscheinen. In Anlehnung an eine ethisch-existentielle Konzeption von BOSZORMENYI - NAGY (8) hebt WILLI die Dialektik von Schuld und Verdienst in psychosomatischen Paar-Erkrankungen besonders hervor. Dabei wird die Möglichkeit des Symptomträgers aufgezeigt, sich mit Hilfe der Krankheit der Austragung eines ehelichen Konfliktes zu entziehen und im Falle des Symptompflegers die eigene Überlegenheit und die Rechtfertigung eigener Verzichtshaltungen unterstreichen zu können.

Die Beziehung evtl. belastende Momente werden für den Symptompfleger gegenstandslos, wenn er sich um den Partner kümmern muß. Anspruchshaltungen des Symptomträgers können gleichzeitig mit dem Verweis auf dessen Krankheit als krankheitsbedingt abgetan werden.

Die ganze Familie zum Untersuchungsgegenstand macht RICHTER (59) in seinem Konzept der Familienneurose. RICHTER unterscheidet zwischen "familiären Symptomneurosen", bei denen die Familie sich eines Teils ihrer unbewältigten Konfliktspeicherung dadurch entledigt, daß sie eines ihrer Mitglieder zum Symptomträger macht und "familiären Charakterneurosen", in denen der unbewältigte familiäre Konflikt zu einer Veränderung des "Kollektiv-Ich's" der gesamten Familie führt. Typisch für die familiären Symptomneurosen ist die Beruhigung einer spannungsgeladenen Familienatmosphäre im Moment der Erkrankung des zum Symptomträger gemachten Familienmitglieds. Die Reduktion der Konfliktspeicherung betrifft insbesondere das Verhältnis zwischen dem Symptomträger und seiner nächsten Bezugsperson. Darüber hinaus erscheint gerade das Familienmitglied am gesündesten, dessen Druck ein anderes Familienmitglied krank macht. Typisch für die familiäre Charakterneurose ist die Überidentifikation aller Familienmitglieder mit dem manifest erkrankten Familienmitglied. In einer Form von Umorientierung des gesamten Wertesystems der Familie in die Richtung einer Solidarisierung mit dem erkrankten Familienmitglied wird versucht, das Gleichgewicht der interpersonellen Beziehungen aufrechtzuerhalten.

In den zuletzt genannten Konzepten wird auch deutlich, daß nicht nur die Umweltkonstellation des Kindes und Jugendlichen als krankheitsdeterminierender Konfliktfaktor wirksam ist, sondern auch die Umgebung des Erwachsenen spezifische Einflüsse auf das seelische Leben auszuüben vermag.

LIDZ (41) gelangt im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung jugendlicher schizophrener Patienten und deren Familien zu der Aussage, daß die therapeutischen Überlegungen nicht nur auf das gerichtet sein dürfen, was dem Patienten in den ersten Lebensjahren zugestoßen sei und all sein folgendes Verhalten beeinflusse, sondern vielmehr auf die Transaktionen, die stattfanden, als der Patient erkrankte oder die Therapie begann und die sich meist auch während der Therapie fortsetzten.

Während die zuletzt genannten Interaktions- und Transaktionskonzepte die Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen überwiegend aus einer bestimmten Perspektive familiärer Kommunikationsprozesse zu erklären versuchen und dabei mit jeweils bestimmten Variablen auch nur jeweils bestimmte Phänomene beschreiben, gelangt WIRSCHING (79) in einer empirischen Untersuchung der psychologischen und sozialen Dimension chronisch körperlicher Krankheit im Jugendalter zu einer Beschreibung von Familien mit klassisch psychosomatisch und organisch kranken Mitgliedern, die sozialmedizinische, soziologische und familiendynamische Perspektiven umfaßt. Die Familie wird als Ganzes betrachtet, was sich aus mehr als der Summe seiner Teile zusammensetzt. In diesem an dem oben erwähnten "holistisch-ökologischen Ansatz" orientierten Konzept verlieren "mechanische, kausal-lineare Ursache-Wirkungsmodelle" an Bedeutung. Dabei erscheint es nicht mehr unbedingt relevant zu entscheiden, ob die jeweilige Interaktion in der Familie grundsätzlich habituellem Umgang mit Krankheit oder krankmachendem Umgang mit einem bestimmten Familienmitglied ist. Auf der Basis dieses auch unserer Untersuchung am nächsten stehenden Konzepts geht es um Wechselwirkungen verschiedener, in der jeweiligen Familie und im Einzelfall wirksamer Faktoren, die, anstatt nacheinander, gleichzeitig zum Tragen kommen.

3 METHODIK

3.1 Methodik der eigenen Untersuchung

Bei Zugrundelegung des "ökologisch-holistischen Ansatzes" ergeben sich für die Untersuchung psychosomatischer Krankheitszusammenhänge folgende Konsequenzen (79):

1. Nach nosologischen Kriterien gebildete Patientengruppen sind in Bezug auf den psychosomatischen Anteil inhomogen. Der "psychosomatische Anteil" des Krankheitsgeschehens im Einzelfall (unabhängig von der klinischen Diagnose) ist zu beurteilen ("holistischer Ansatz").
2. Eine Systemperspektive verlangt die Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen des "bio-psycho-sozialen Feldes". Aus methodischen Gründen gilt es jeweils eine bestimmte Ebene des Gesamtgeschehens zu fokussieren, während andere Aspekte zurücktreten ("ökologischer Ansatz").

Im folgenden konzentrieren wir uns vor allem auf die interpersonelle Dimension, deren wichtigster Teilaspekt die Familie darstellt. Dabei ergibt sich die Schwierigkeit, daß auf diesem Gebiet psychosozialer Forschung Theoriebildung und Methodik wenig entwickelt sind.

Der Umfang unserer Fragestellung erforderte die Betrachtung der Familie des Gichtkranken aus verschiedenen Perspektiven und somit auch den Einsatz unterschiedlicher Untersuchungsinstrumentarien.

Wir orientierten uns dabei im wesentlichen an dem oben zitierten, von WIRSCHING 1978 an der Universität Heidelberg entwickelten Modell zur Untersuchung familiärer, psychologischer und sozialer Dimensionen körperlicher Krankheiten. Da dieses Modell speziell für Familien mit körperlich erkrankten Jugendlichen entwickelt worden war, haben wir das Instrumentarium an den Stellen, an denen es uns ausschließlich Aussagen zu liefern schien, die dem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem jugendlichen Indexpatienten und seiner Familie entsprachen, verändert oder aber ganz fallen gelassen.

Im einzelnen gingen wir so vor, daß wir die Familie des Gichtikers unter drei verschiedenen Perspektiven untersuchten, die, bildhaft gesprochen, einer Annäherung von außen entsprächen.

Einmal untersuchten wir die Familie aus einer mehr sozialmedizinischen Sicht und fragten dabei nach Ausmaß und Folgen von Krankheiten der einzelnen Familienmitglieder, nach der Verarbeitung der Krankheit eines Familienmitglieds durch die Familie und nach spezifischen soziokulturell vermittelten EB-, Genuß- und Konsumverhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder.

Daneben untersuchten wir die Familie im Rahmen einer familien-soziologischen Betrachtungsweise. Wir betrachteten hier die Familie als "soziales System" mit einer bestimmten Organisationsform und bestimmten Funktionen in den Bereichen Rollenverteilung, Geschlechtsrollenidentifikation, Erziehungsverhalten, Sozialkontakte, Freizeitgestaltung sowie Entwicklung von Abhängigkeit und Selbständigkeit.

Als Letztes untersuchten wir das Verhalten der Familienmitglieder im Umgang miteinander. Hier untersuchten wir die Familie als Gesamtsystem miteinander interagierender, sich wechselseitig beeinflussender Bezugspartner und vermieden es so, die Familie als bloße "Aggregation" von Individuen zu betrachten. Im Rahmen dieser Untersuchung familiärer Kommunikations- und Interaktionsweisen gelangten wir dann auch zu einer Einschätzung der Art und des Grades der individuellen Psychopathologie der einzelnen Familienmitglieder.

Wir entschlossen uns von Anfang an für eine empirische Vorgehensweise, die wir selbst bei so kleinen Stichproben, wie wir sie verwendeten, wegen der gegebenen Objektivität, der Möglichkeit der Verwendung kontrollierbarer Methoden und der Bildung präziser Begriffe für besonders geeignet halten.

Den Einwänden verschiedener Kliniker gegen die Anwendung empirisch-statistischer Verfahren in der medizinischen Psychologie, die in ihrem Kern die Aussage enthalten, daß die unzureichende Signifikanz bei kleinen inhomogenen Merkmalsgruppen statistisch häufig zu dem Schluß reiner Zufälligkeit führen müsse und der Möglichkeit des Nichterfassens bedeutender Unterschiede durch das Untersuchungsverfahren nicht genügend Rechnung getragen würde, ist entgegenzuhalten, daß erstens die Untersuchung einer selbst kleinen Stichprobengruppe z.B. mit Hilfe des tiefenpsychologischen Interviews einen zu großen

Zeitraum beanspruchen würde und zweitens die uns interessierenden Variablen mit einer solchen Methode kaum hinreichend erfaßt werden könnten. Das Problem der mangelnden Unabhängigkeit einzelner Signifikanzen durch die bei wenigen Beobachtungseinheiten häufig größere Zahl der Beobachtungskriterien sollte daneben kein Hindernis sein, die mögliche medizinische Relevanz bei der Interpretation der Ergebnisse anzuerkennen. "Nicht die Faszination der großen Zahl macht die Güte einer Studie aus, sondern die Sorgfalt der Planung und die Genauigkeit der Durchführung. Ebenso ist nicht die rein rechnerisch erreichte Signifikanz irgendeines kleinen Unterschiedes, sondern seine medizinische Relevanz von ausschlaggebender Bedeutung (7)."

Wir glauben, daß wir mit der Kombination eines empirisch-statistischen Untersuchungsverfahrens in Form eines Fragebogens mit einem klinischen Untersuchungsinstrumentarium in Form eines halbstrukturierten Interviews den von verschiedenen Seiten vorgebrachten Einwänden am ehesten gerecht werden können.

3.1.1 Patientenauswahl und Kontrollgruppe

Die zur Untersuchung vorgesehene Patientengruppe setzte sich aus 32 männlichen Patienten zusammen, die in den Jahren 1974 - 1985 in der Stoffwechselambulanz der Poliklinik der Münchner Universität behandelt wurden.

Auswahlkriterium war

1. die klinische Diagnose:
primäre (familiäre) Gicht und das Vorliegen mindestens eines Gichtanfalls unter Beteiligung eines Gelenkes mit der typischen Symptomatik in der Anamnese. Eventuelle andere vorliegende Erkrankungen des Gichtpatienten wurden berücksichtigt, waren aber kein Kriterium dafür, den jeweiligen Patienten von der Untersuchung auszuschließen.
2. der Familienstand der Patienten:
verheiratet, mit oder ohne Kinder.

Die Patienten wurden in einem Brief über das Untersuchungsvorhaben informiert und gebeten, mit ihrer Familie an der Untersuchung teilzunehmen. 16 (50 %) nahmen in der vorgesehen Form an der Untersuchung teil, 13 (40 %) erklärten

sich spontan per beigelegter Rückantwort bereit, mit ihren Familien an der Untersuchung teilzunehmen, 6 (19 %) lehnten die Untersuchung auf dem gleichen Wege ab, 16 (50 %) antworteten nicht auf den Brief, worauf von dieser Gruppe 3 (9 %) durch ein zusätzliches Telefonat zur Teilnahme überzeugt werden konnten.

Die Kontrollgruppe setzte sich aus ambulanten Patienten der Rheumaambulanz der medizinischen Poliklinik der Universität München zusammen. Sie wurde unter folgenden Gesichtspunkten ausgewählt:

1. Es sollte sich um Patienten mit einer anderen chronischen Erkrankung handeln, über die bisher keinerlei psychosomatische Krankheitszusammenhänge bekannt waren.
2. Die Patienten durften nicht an Hyperurikämie oder Gicht leiden.
3. Die Patienten mußten verheiratet sein.

Diesen Vorkriterien entsprechend wählten wir eine der Größe der Gichtikergruppe entsprechende Anzahl von Patienten mit dem Krankheitsbild Spondylarthritis ankylopoetica (Morbus Bechterew) aus.

Von den insgesamt 35 angeschriebenen Patienten der Kontrollgruppe erhielten wir in 15 Fällen (44 %) eine spontane Zusage zur Teilnahme an der geplanten Untersuchung. 5 Patienten (15 %) lehnten ihre Teilnahme per Rückantwort ab, 15 Patienten (44 %) antworteten nicht auf unser Schreiben.

3.1.2 Untersuchungsgang

Alle Patienten wurden in einem Brief, in dem wir unser Vorhaben kurz erläuterten, um ihre Teilnahme ersucht und gebeten, uns diese in Form einer beigelegten Rückantwortbestätigung mitzuteilen (Anhang). Termin und Ort der Untersuchung wurden im Nachhinein mit den Patienten telefonisch vereinbart. Die Patienten, die uns ihre Teilnahme oder Absage nicht mitteilten, wurden zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal telefonisch auf unser Vorhaben hin angesprochen und um eine Teilnahme ersucht.

Unsere Untersuchung bestand aus zwei Teilen. In einem ersten klinischen Teil führten wir mit den Familien ein ca. 1,5 stündiges halbstrukturiertes Interview durch. Um auch Daten über die Wohnatmosphäre, den häuslichen Einrichtungsstil der Familien und die Form des Empfangs des Interviewers (Bewirtung etc.) zu erhalten, entschlossen wir uns, das Interview in Form eines Hausinterviews (in der Wohnung der Familie) durchzuführen. Die Gespräche wurden mit Hilfe eines 8 Items umfassenden Familienbeurteilungsbogens ausgewertet. Mit Hilfe dieses Bogens erhielten wir

1. Daten über den Umgang der Familienmitglieder mit der Krankheit des Indexpatienten,
2. Daten über Beziehungen der Familienmitglieder zueinander,
3. Einblicke in wichtige Teilaspekte innerfamiliärer Organisation (Rollenverteilung) und
4. Aussagen über die Schwere der individuellen Psychopathologie der einzelnen Familienmitglieder.

Im Anschluß an das Familieninterview wurden die Interaktionsprozesse der Familienmitglieder untereinander mit Hilfe eines zusätzlichen Familieneinschätzungsbogens durch den Interviewer beurteilt.

In einem zweiten Teil unserer Untersuchung erhielten alle Familienmitglieder, die an dem Interview teilgenommen hatten, einen 71 Items umfassenden Fragebogen. Dieser sollte direkt im Anschluß an das Interview von jedem einzelnen Familienmitglied eigenständig beantwortet werden. Der Bogen sammelt Angaben zu folgenden Bereichen:

1. Sozialdaten,
2. Daten zur Erziehung der Kinder und zum Verhältnis der beiden Eltern-teile zur eigenen Geschlechtsrolle,
3. medizinische Daten (einschl. Beschwerdeliste),

4. Daten zur beruflichen Beschäftigung und zum Freizeitverhalten,
5. Daten zum EB-, Einkaufs- und Konsumverhalten und
6. Angaben über Art und Umfang der sportlichen Aktivitäten.

Bei der Aufteilung der uns interessierenden Variablen auf das Hausbesuchsinterview und den Fragebogen gingen wir einerseits von der Hypothese aus, daß die in der Literatur beschriebene mangelnde Kooperationsbereitschaft des Gichtpatienten und sein spezielles Krankheitsverhalten einer Erörterung aller uns interessierenden Fragestellungen im Hausbesuchsinterview entgegenstehen würde; andererseits vertraten wir die Auffassung, daß Fragenkomplexe, die sich mit der Interaktion der Familienmitglieder untereinander beschäftigten, nur durch direkte Beobachtung der familiären Interaktionsprozesse im "Hier und Jetzt" ausreichend zu untersuchen waren. Aus zuletzt genanntem Grunde legten wir auch Wert darauf, daß alle zur Kernfamilie gehörenden Kinder ungeachtet einer oberen Altersbegrenzung an der Untersuchung teilnahmen. Ausschlusskriterium war diesbezüglich einzig und allein die Nichtzugehörigkeit zum Haushalt der Kernfamilie.

Allen Familien, die bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen, wurde im Nachhinein angeboten, über die Ergebnisse der Gesamtuntersuchung informiert zu werden.

Die unmittelbare Kombination des Interviews mit der Fragebogenerhebung erscheint uns hinsichtlich der Bereitschaft der Patienten, die einzelnen Fragenkomplexe im Fragebogen wahrheitsgemäß zu beantworten, nicht unerheblich. Durch das Procedere des vorausgehenden Interviews dürfte sich das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinne eines positiven Faktors zur Verbesserung der Patientenkompliance auf die Auskunftsbereitschaft des Patienten positiv ausgewirkt haben.

3.1.3 Das Hausbesuchsinterview

Das Interview wurde überwiegend in freier Form geführt. Wir hatten uns lediglich in einem Leitfaden (siehe Anhang) auf die Themen und ihre Reihenfolge festgelegt. Im Gespräch sollten strukturierte und weniger strukturierte Phasen einander abwechseln.

Bei diesem Vorgehen, bei dem wir uns an den Erfahrungen WIRSCHING's orientierten, galt es folgende Punkte besonders zu berücksichtigen:

1. Das Gespräch mußte flexibel, entsprechend der jeweiligen Einstellung der einzelnen Familien zur Untersuchung geführt werden. Dabei hätte gelegentlich ein zu starres Haften an ausschließlich vorformulierten Fragestellungen jegliche Interaktionsdynamik der Familienmitglieder untereinander und im Verhältnis zum Interviewer unterdrücken können. Andererseits hätte ein zu unstrukturierter Gesprächsverlauf zu einer alle Familienmitglieder überfordernde Situation führen können, aus der heraus es durch die eventuelle Erörterung familiärer Probleme zu Ängsten, Scham und letztlich zu extremen Abwehrhaltungen gegenüber dem Interviewer hätte kommen können.
2. In Rücksicht auf die bereits aus der Literatur bekannte Einstellung des Gichtikers zu seiner Krankheit galt es jeder Andeutung von Zusammenhängen zwischen familiären Geschehnissen und dem Krankheitsverlauf des Indexpatienten vorsichtig zu begegnen. Auf der anderen Seite erschien es uns wichtig, die für unsere Fragestellungen relevanten Auskünfte auch möglichst vollständig zu erhalten.

Aus diesen Punkten leiteten sich unsere Grundprinzipien in der Gesprächsführung ab, nach denen wir

1. niemals Zusammenhänge zwischen der Krankheit des Indexpatienten und seiner familiären Situation interpretierten,
2. gelegentlich auf Informationen verzichteten, wenn wir den Eindruck gewannen, die Familie mit unseren Fragen zu überfordern und
3. grundsätzlich jedem Familienmitglied frestellten, sich in dem von ihm gewünschten Umfang am Gespräch zu beteiligen.

Wir begannen das Gespräch jeweils mit einer knappen Erläuterung der geplanten Untersuchung. Wir erklärten, daß es uns darum ginge, die Auswirkung der Krankheit eines Familienmitgliedes auf die gesamte Familie zu verstehen, um so in Zukunft die Behandlung des Gichtpatienten auch unter diesen Gesichts-

punkten noch verbessern zu können. Einwände, Fragen oder Vorbehalte einzelner Familienmitglieder in Bezug auf unsere Untersuchung versuchten wir gleich zu Beginn des Interviews zu besprechen. Mit Einverständnis der Familien wurde der gesamte Gesprächsablauf protokolliert.

Fokus 1: Krankheit

Das Gespräch wurde mit Fragen nach der Krankheit des Indexpatienten begonnen. Wir vermieden es somit, den Eindruck einer psychologischen Untersuchung zu erwecken. In strukturierter Form wurden die gegenwärtigen Beschwerden, das allgemeine Befinden und der Behandlungsverlauf erfragt. Im Anschluß daran erhoben wir die Anamnese des Patienten.

Einen Schritt in Richtung "Verarbeitung der Krankheit" machten wir mit der Frage: "Was hat sich durch die Krankheit alles bei Ihnen verändert?"

Im Anschluß daran versuchten wir, das Gespräch auf "einschneidende Familienereignisse" zu lenken, welche zur Zeit des Krankheitsausbruchs die einzelnen Familienmitglieder besonders beschäftigt hatten.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs sprachen wir die "Einstellung gegenüber Ärzten" an und fragten hier gezielt nach den unterschiedlichen Erfahrungen der Familienmitglieder.

Fokus 2: Familienbeziehungen

Wir versuchten jetzt, auch ein Gespräch der Familienmitglieder untereinander in Gang zu bringen, indem wir das Verhältnis der Eltern zu ihren Eltern, die Umstände bei der Partnerwahl der Eltern und die Bedeutung, die die Familie für jedes Familienmitglied besitzt, ansprachen.

Fokus 3: Familienstruktur und -organisation

Das Gespräch ermöglichte uns an dieser Stelle in der Regel auch Einblicke in die Rollenverteilung unter den Ehepartnern. In diesem Zusammenhang fragten wir auch gezielt nach Zuständigkeiten der Ehepartner für verschiedene familiäre Angelegenheiten.

Wir beendeten das Gespräch in der Regel mit der Frage nach der Wirkung des Interviews auf die Familie und faßten zum Schluß auch unseren eigenen Eindruck vom Gespräch zusammen.

Wir baten jetzt die einzelnen Familienmitglieder zur Ergänzung des Gespräches und hinsichtlich noch verschiedenster zu erörternder Fragestellungen, jeweils einen vorbereiteten Fragebogen auszufüllen. Wir machten die Familienmitglieder darauf aufmerksam, daß wir es für wichtig hielten, daß jeder die im Bogen enthaltenen Fragen eigenständig beantworte. Erst nach Einsammeln sämtlicher Fragebögen erklärten wir die Untersuchung für abgeschlossen, bedankten uns für die Teilnahme und verabschiedeten uns.

3.1.4 Der Fragebogen

Als eigener testpsychologischer Ansatz kam ein selbstausgearbeiteter Fragebogen zur Anwendung mit verschiedenen Fragen, die teils auf Anregungen aus der Literatur zurückgehen, teils den Untersuchungen anderer Autoren entnommen sind und teils aus eigenen Vorstellungen zu diesem Thema entstanden sind (siehe Anhang). Die Prüfung der Items auf sprachliche Kürze, auf Verständlichkeit, Einheitlichkeit sowie begriffliche Schärfe geschah in einem extra Probelauf an zehn unausgelesenen Familien. Die Fragen wurden so formuliert, daß sie ab dem zehnten Lebensjahr ohne fremde Hilfe beantwortbar waren.

Die einzelnen Fragen sind nach Sachkomplexen geordnet. Aussagen, die wir nur einmal für die gesamte Familie benötigten (Hauptverdiener?, Verwaltung der Familienfinanzen?, Eigentum?, Größe der Wohnung und Anzahl der in ihr lebenden Personen?, hauptsächliche Erziehungsperson?, Kinder im Haushalt?, Geburtsdatum, Geschlecht und evtl. Krankheit der Kinder), haben wir nur den Familienvorstand machen lassen. Fragen, die wir nur von den Eltern beantwortet haben wollten (Erziehungsstil und Verhältnis zur eigenen Geschlechtsrolle?) waren im Fragebogen besonders gekennzeichnet.

Insgesamt enthält der Fragebogen 91 Fragen. 30 Fragen übernahmen wir im Original, 2 Fragen in veränderter Form aus der oben zitierten Untersuchung von WIRSCHING; 3 Fragen zum Eßverhalten entnahmen wir der oben zitierten Untersuchung von KLUSSMANN.

Zunächst werden Sozialdaten und der Familientyp erfragt. Darauf folgen neun Fragen, die nur die Eltern betreffen. Sie beziehen sich auf den Erziehungsstil und die Identifikation der Eltern mit der eigenen Geschlechtsrolle. Es folgen 13 Fragen zu medizinischen Daten, die Beschwerdeliste und ergänzende Fragen zur Beschwerdenliste.

Als nächstes folgen vier Fragen zum Umfang der beruflichen Tätigkeit, zur Pflege eines Hobbies und zur Einstellung zu Sozialkontakten.

Es folgen eine Frage zur frühkindlichen Bezugsperson und daran anschließend elf Fragen zum Eß-, Koch- und Einkaufsverhalten. Zum Abschluß stellten wir noch zwei Fragen zum Sportverhalten.

3.1.5 Auswertung der Gespräche

Nach jedem Interview wurden mit Hilfe eines Schemas (siehe Anhang) Protokolle angefertigt. Die Aussagen aus dem strukturierten Teil des Interviews wurden darüber hinaus in einem Beurteilungsbogen (siehe Anhang) übertragen.

Dieser Bogen, den wir in Anlehnung an einen von WIRSCHING entwickelten Familienbeurteilungsbogen erstellten, wurde von uns zuvor im Rahmen unserer Pilotstudie erprobt und durch Vergleich unabhängiger Urteile verschiedener Beobachter zu ausreichender Objektivität gebracht. Für eine vergleichbare und quantitative Auswertung der Gespräche enthält der Beurteilungsbogen neben objektiven Daten über die Familie (Anwesende, anamnestiche Daten und einschneidende Familienereignisse) acht Skalen zur Einschätzung (ratings) verschiedener Merkmale der einzelnen Familienmitglieder durch den Interviewer.

Die Regeln für die Beurteilung wurden in einer Anleitung zum Beurteilungsbogen (siehe Anhang) festgelegt.

Über die Gesprächsinhalte des Interviews hinaus wurden von uns auch zahlreiche Beobachtungen zum Szenarium des Gesprächs (Wohnatmosphäre, Bewirtung und Stimmung) festgehalten. Da wir in der Literatur bisher keine empirisch verwertbaren Beurteilungskriterien für diese Beobachtungen fanden, werden wir uns bei der Auswertung der Gespräche im wesentlichen auf Beschreibungen und bei der Darstellung der Ergebnisse unserer Untersuchung auf typische Fallbeispiele beschränken.

Für die Auswertung der beobachteten familiären Interaktionsprozesse während des Interviews verwendeten wir einen von WIRSCHING entwickelten Einschätzungsbogen (siehe Anhang), der anhand von zwölf Beobachtungsvariablen zwischen neurosetypischen und psychosomatischen familiären Interaktionsprozessen differenziert.

4 ERGEBNISSE

In den folgenden Kapiteln wird so verfahren, daß zunächst die Ergebnisse des Hausbesuchinterviews dargestellt werden und dann über die Ergebnisse der Fragebogenerhebung berichtet wird. Bei der Wiedergabe der Untersuchungsergebnisse müssen einige notwendige Beschränkungen erfolgen. Die Komplexität und Fülle der aus den Interviews und der Fragebogenerhebung gewonnenen Information würde sonst den Rahmen der Arbeit sprengen.

Anhand der Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Untersuchungsvariablen werden wir an einigen dafür besonders geeigneten Stellen zusätzlich zum Vergleich der Untersuchungsergebnisse zwischen der Gruppe der Gichtikerfamilien und der Kontrollgruppe die Gruppe der Gichtikerfamilien in zwei Subgruppen unterteilen, die der von KLUSSMANN (35) vollzogenen Einteilung der von ihm untersuchten Gichtpatienten in die charakterologisch unterscheidbaren Typen des "Oknophilen" und "Philobaten" entsprechen. Anhand der klinischen Befunde im Rahmen des Interviews und der Testergebnisse im Fragebogen konnte eine solche Einteilung der an der Untersuchung teilnehmenden Gichtpatienten zweifelsfrei vorgenommen werden. Hinsichtlich der charakteristischen Merkmale der beiden Typen von Gichtpatienten, die sich im Falle unserer Untersuchung aus neun Patienten (56 %) mit überwiegend philobatischen Persönlichkeitszügen und sieben Patienten (44 %) mit überwiegend oknophilen Persönlichkeitszügen zusammensetzten, sei auf die entsprechende Arbeit von KLUSSMANN und auf die am Ende dieses Abschnitts dargestellten typischen Fallbeispiele verwiesen.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll auf die Einzelwerte der klinischen, laborchemischen, röntgenologischen u.a. Untersuchungen nur so weit eingegangen werden wie es dem Verständnis der Untersuchungsergebnisse und ihrer Interpretation dienlich erscheint.

4.1 Ergebnisse der klinischen Untersuchung von 16 Familien mit einem an Gicht erkrankten Mitglied

Im folgenden werden wir uns vor allem auf die klinisch-phänomenologische Wiedergabe der Untersuchungsergebnisse aus dem Beurteilungsbogen und dem Familieneinschätzungsbogen konzentrieren. Vorweg sollen wesentliche Befunde zu Anamnese, Behandlungsverlauf und momentanen Beschwerden des Indexpatienten dargestellt werden.

4.1.1 Beschreibung des Patientenguts

Von den insgesamt 16 Gichtpatienten, die sich bereit erklärt hatten, an unserer Untersuchung mit ihren Familien teilzunehmen, waren 15 (94 %) zum Untersuchungszeitpunkt noch mit unserem Untersuchungsvorhaben einverstanden. Ein Patient und seine Ehefrau waren nur bereit, am Hausbesuchsinterview teilzunehmen und einen Teil der Fragen des Fragebogens zu beantworten.

Die Patienten der Kontrollgruppe nahmen alle mit ihren Familien in der vereinbarten Form an der Untersuchung teil.

Entsprechend unseren eingangs erwähnten Teilnahme Kriterien (Alter über zehn Jahre und Zugehörigkeit zum Haushalt der Familie) nahmen fünf (31 %) der Gichtikerfamilien mit Kindern an der Untersuchung teil. Diese Familien setzten sich aus drei Ehepaaren mit jeweils einem Kind, einem Ehepaar mit zwei Kindern und einem Ehepaar mit drei Kindern zusammen. In der Kontrollgruppe befand sich nur ein Ehepaar mit einem Kind. 14 (93 %) der Ehepaare nahmen hier ohne Kinder an der Untersuchung teil. Wegen der durch die unterschiedliche Kinderzahl gegebenen unterschiedlichen Zusammensetzung der Familien werden wir uns im folgenden überwiegend auf einen Vergleich der Untersuchungsergebnisse der Ehepaare beider Gruppen beschränken.

4.1.2 Organische Befunde

Bei Aufschlüsselung der Altersstruktur bei der Erstmanifestation der Gicht waren die Indexpatienten ($n = 16$) zwischen 28 und 72 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 39,2 Jahre. Die Patienten der Kontrollgruppe ($n = 15$) waren bei Erstmanifestation der Erkrankung zwischen 20 und 40 Jahre alt. Der Mittelwert lag bei 28 Jahre.

Die Krankheitsdauer betrug zum Zeitpunkt der Untersuchung bei den Gichtpatienten im Mittel 9,5 Jahre, bei den Bechterewpatienten 12,5 Jahre (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Vergleich des Alters zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der Krankheit und der Krankheitsdauer zum Zeitpunkt der Untersuchung (Mittelwerte)

	Gichtpatienten ($n=16$) Jahre	Bechterewpatienten ($n=15$) Jahre
Erkrankungsalter	39,5	28,0
Krankheitsdauer	9,5	12,5

Für die Gichtpatienten kann darüber hinaus gesagt werden, daß sich bei 13 (81 %) hinsichtlich der Grundkrankheit nur Beschwerden von Seiten der Gelenke bemerkbar machten, zwei (13 %) zusätzlich eine Manifestation der Gicht an den Nieren in Form einer Uratnephrolithiasis aufwiesen und in einem Fall (6 %) neben einer Beteiligung der Nieren zusätzlich eine manifeste arterielle Hypertonie aufgrund einer nachgewiesenen Gichtnephropathie vorlag.

Bei den Patienten mit einer Manifestation der Gicht ausschließlich an den Gelenken waren zehn (77 %) ausschließlich am Großzehengrundgelenk, einer (8 %) nur am Knie und zwei (15 %) am Großzehengrundgelenk und an anderen Gelenken betroffen. Die Patienten mit Nierenbeteiligung wiesen alle Beschwerden an verschiedenen Gelenken auf (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Lokalisation der Gichtmanifestation

	n = 16	(100 %)
Ausschließlich Gelenkbefall	13	(81)
davon:		
ausschließlich Großzehengrundgelenk	10	(77)
ausschließlich Knie	1	(8)
Großzehengrundgelenk und andere Gelenke	2	(15)
Gelenkbefall und Nierenbeteiligung	3	(19)

An Begleitkrankheiten gaben neben den oben erwähnten Fällen mit Nierenbeteiligung zwei (13 %) erhöhte Blutfettspiegel, zwei (13 %) pektanginöse Beschwerden, drei (19 %) einen seit langem bestehenden Bluthochdruck und ein Patient (6 %) chronische Durchblutungsstörungen in den arteriellen Gefäßen der unteren Extremitäten an. Fünf Patienten (31 %) klagten über unklare Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule (siehe Tabelle 4). Auf weitere medizinische Daten werden wir im Verlauf unserer Untersuchung noch eingehen.

Tabelle 4: Gicht und Begleitbefunde • Befunde dieses Kollektivs

	n = 16	(100 %)
Nephrolithiasis , Gichtnephropathie	3	(19)
Hyperlipoproteinämie	2	(13)
Herzinsuffizienz	2	(13)
Hypertonie	4	(25)
Atherosklerose	1	(6)
Unklare Beschwerden	5	(31)

Bei einem Vergleich der Behandlungsformen und der Rolle, die die Indexpatienten ihrer Ehefrau im Rahmen des eigenen Gesundheitsverhaltens zuerkennen, fällt auf, daß neun (56 %) der Gichtpatienten die Gicht überwiegend medikamentös behandeln, während nur sieben (44 %) Wert auf die für die Gichtbehandlung notwendige Diät legen. In der Gruppe der Bechterewpatienten behandeln 13 (87 %) der Patienten ihre Krankheit ausschließlich medikamentös, während nur zwei (13 %) Wert auf die für die Behandlung der Grundkrankheit wichtige Gymnastik legten.

Auf die Frage nach der Rolle der Ehefrau beim Umgang des Indexpatienten mit seiner Krankheit geben neun (56 %) der Gichtpatienten an, überwiegend durch ihre Ehefrau auf die Einhaltung der notwendigen Behandlungsrichtlinien aufmerksam gemacht zu werden, fünf (31 %) meinen gemeinsam mit der Ehefrau auf das erforderliche Gesundheitsverhalten zu achten und zwei (13 %) der Gichtpatienten meinen, das für die Krankheitsbehandlung notwendige Gesundheitsverhalten überwiegend aus eigener Motivation heraus zu praktizieren. Ein genau umgekehrtes Verhältnis ergibt sich in der Gruppe der Bechterewpatienten, wo 13 (87 %) der Indexpatienten angeben, allein am besten die erforderliche Einstellung zur Therapie aufbringen zu können, während nur zwei (13 %) der Ehefrau eine Rolle in diesem Zusammenhang zubilligen. Der Unterschied zwischen beiden Diagnosegruppen ist hinsichtlich dieser Fragestellung signifikant ($p < 0,05$) (siehe Tabellen 5 und 6).

Tabelle 5: Vergleich der Behandlungsformen

	Gichtpatienten n = 16 (100 %)	Bechterewpatienten n = 15 (100 %)
überwiegend medikamentös	9 (19)	13 (87)
Medikamente und Diät	3 (19)	1 (7)
überwiegend Diät	4 (25)	1 (7)

Tabelle 6: Vergleich der Rolle der Ehefrauen im Rahmen des Gesundheitsverhaltens der Indexpatienten

	Gichtpatienten n = 16 (100 %)	Bechterewpatienten n = 15 (100 %)
überwiegend alleiniges Bemühen der Indexpatienten	2 (13)	13 (87)
Mitengagement der Ehefrau	5 (31)	1 (7)
überwiegendes Engagement der Ehefrau	9 (56)	1 (7)

Chi²-Test: $p < 0,05$

Auf die Frage nach gegenwärtigen Beschwerden hinsichtlich der Grundkrankheit geben zwölf (75 %) der Gichtpatienten an, momentan beschwerdefrei zu sein, während acht (54 %) der Bechterewpatienten angeben, momentan unter ihrer Erkrankung zu leiden.

4.1.3 Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverhalten

4.1.3.1 Mit welchen Gefühlen wird die Krankheit des betroffenen Familienmitglieds durch die Familie verarbeitet?

Wir versuchten im Interview zu erschließen, mit welchen Gefühlen der Indexpatient selbst und seine Ehefrau die Krankheit des Indexpatienten verarbeitet haben. Wir verwendeten für unsere Einschätzung elf verschiedene Reaktionskategorien:

1. Schuldgefühl
2. Schuldvorwürfe
3. Ängstlichkeit
4. Negierung
5. Trauer
6. Scham
7. Stolz
8. Ärger
9. Kontaktvermeidung
10. Verstärkte Zuwendung
11. Sonstiges

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 1)

Die Reaktionen der Gichtpatienten waren vor allem durch eine kompensatorisch negierende und verleugnende Haltung gegenüber der eigenen Erkrankung gekennzeichnet (60 %). Eine kleinere Gruppe von Gichtpatienten (27 %) reagiert auf die eigene Krankheit vornehmlich mit Rückzug aus Kontakten zu anderen Menschen. Eine gleich häufige, aber einheitlicher negierende Einstellung zur Erkrankung nimmt die Kontrollgruppe ein (67 %). Im Gegensatz zur Kontrollgruppe fällt auf, daß die Ehefrauen der Gichtpatienten die negierende Einstellung des Ehemanns zur Krankheit überwiegend mitvollziehen (53 % gegenüber der Kon-

trollgruppe mit 7 %), während die Ehefrauen der Bechterewpatienten in ihrer überwiegenden Zahl (60 %) auf die Erkrankung ihres Ehemannes mit verstärkter Zuwendung diesem gegenüber reagieren.

Der Unterschied im Verhalten der Ehefrauen beider Gruppen ist signifikant ($p < 0,05$).

4.1.3.2 Krankheitsverlauf und einschneidende Lebensereignisse

Wir gingen hier der Frage nach, welche Erfahrungen und Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Ausbruch und dem Verlauf der Erkrankung des Indexpatienten von den Familienmitgliedern zur Sprache gebracht werden.

Wir vermerkten auf einer Liste von sieben verschiedenen, häufig zu erwartenden Lebensereignissen, welche davon im Interview zur Sprache gekommen waren.

Zwischen folgenden Lebensereignissen wurde von uns kategorisiert:

1. Tod von Angehörigen
2. Krankheit eines Familienmitglieds
3. Trennung
4. Ortswechsel
5. Leistungsversagen
6. Leistungsdruck
7. Probleme mit dem Ehepartner oder den Kindern

Wir erhofften uns dabei eine Antwort auf die Frage, welche Lebensereignisse es sind, mit deren gefühlsmäßiger Verarbeitung die Familie offensichtlich am meisten beschäftigt ist. Uns interessierte dabei vor allem, welche Ereignisse überhaupt genannt werden und wer welches Ereignis in das Interview einbringt.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 2)

Die Gesamtzahl der von den Gichtikerfamilien unter Kontrollgruppe eingebrachten Ereignisse ist in etwa gleich (Gichtfam: 20, Bechtfam: 21). Dabei fällt auf, daß von sechs (43 %) der Gichtpatienten gegenüber zwei (13 %) der Bechterewpatienten überhaupt keine Ereignisse in das Interview eingebracht wurden. Von den Ehefrauen der Gichtpatienten bringen sechs (43 %) Eheprobleme und vier (29 %) den beruflichen Leistungsdruck des Ehemannes zur Sprache. Eheprobleme werden in der Kontrollgruppe ebenfalls von vier (27 %) der Ehefrauen angespro-

chen, beruflicher Leistungsdruck des Ehemannes allerdings nur in einem Fall. Nur zwei (14 %) der Indexpatienten in den Gichtikerfamilien gegenüber zwölf (80 %) der Indexpatienten in der Kontrollgruppe bringen selbst beruflichen Leistungsdruck in das Gespräch ein. Der Unterschied zwischen den Indexpatienten der Gichtikerfamilien und der Kontrollgruppe ist signifikant ($p < 0,05$).

4.1.3.3 Das Verhältnis der Familien zu den Ärzten

Wir fragten die Familien nach ihrem Verhältnis zu derzeit konsultierten Ärzten. Die Einschätzung nahmen wir auf einer 7-Punkte-Skala vor:

- 0 = Allmachtserwartungen
- 1 = vertrauensvoll, unkritisch
- 2 = vertrauensvoll, kritisch
- 3 = neutrales (funktionales) Verhältnis
- 4 = mißtrauisch, kritisch
- 5 = mißtrauisch, abwertend
- 6 = Resignation, Enttäuschung, keinerlei Vertrauen

Ergebnisse

Indexpatient und Ehefrau innerhalb der Gichtikerfamilien und im Verhältnis zur Kontrollgruppe unterscheiden sich hier kaum. Alle befragten Personen schildern ihr Verhältnis zu den derzeit behandelnden Ärzten als eher "vertrauensvoll, kritisch" (Mittelwert 1,5 - 2,1). Nur jeweils drei Indexpatienten und drei Ehefrauen (20 %) innerhalb der Grupe der Gichtikerfamilien und der Kontrollgruppe geben ein mißtrauisch, kritisches Verhältnis zu den Ärzten an (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Das Verhältnis zu den Ärzten (0 = Allmachtserwartungen, 1 = unkritisch, 2 = kritisch, 3 = neutral, 4 = mißtrauisch, 5 = abwertend, 6 = Resignation)

	Indexpatienten (n = 15)	Ehefrauen (n = 15)
Gichtikerfamilien (Mittelwerte)	1,8	1,5
Bechterewfamilien (Mittelwerte)	2,1	1,5

4.1.4 Abhängigkeit und Selbständigkeit in den familiären Beziehungen

Wir gingen an dieser Stelle der Frage nach, welche Bewertung die momentane Kernfamilie durch den Indexpatienten und seine Ehefrau erfährt und welche Rolle den Eltern des Indexpatienten und seiner Ehefrau im familiären Beziehungsgefüge zukommt.

Wir werden uns in diesem Zusammenhang drei Bereichen zuwenden, von denen wir uns hinsichtlich unserer Fragestellung am ehesten brauchbare Daten erhoffen:

1. Die räumliche und gefühlsmäßige Ablösung des Indexpatienten und seiner Ehefrau von den eigenen Eltern,
2. der Prozeß der Partnerwahl und
3. die Bewertung der Familie durch den Indexpatienten und seine Ehefrau.

4.1.4.1 Ablösung vom Elternhaus

Auf einer 5-Punkte-Skala schätzten wir das Ausmaß der emotionalen und der räumlichen Lösung von der Ursprungsfamilie ein:

0 = enges emotionales Verhältnis, niemals getrennt

1 = enge emotionale Bindung, zeitweise Trennung

2 = reife Ablösung, emotional gelöstes, aber loyales Verhältnis

3 = räumliche Trennung, innere Distanzierung

4 = totaler und äußerer Bruch

Ergebnisse

Das "Ideal" eines gelungenen (dialogischen) Verhältnisses wechselseitiger Loyalität zwischen den Ehepartnern und ihren eigenen Eltern trafen wir in den von uns untersuchten Familien nur in einem Fall an. Der weitaus größte Teil der Indexpatienten und ihrer Ehefrauen in beiden Gruppen (80 - 90 %) war im Verhältnis zum eigenen Elternhaus durch eine ausgeprägte räumliche Trennung und innere, emotionale Distanzierung gekennzeichnet.

4.1.4.2 Partnerwahl

Wir gingen hier der Frage nach, wie stark die Wahl des Ehepartners von den Eltern der Ehepartner beeinflußt wurde. Wie stark wurde die Wahl des Partners vom eigenen Elternhaus angeregt, oder kam die Ehe gerade gegen den Willen der eigenen Eltern zustande?

Für die Einschätzung verwendeten wir fünf Einschätzkategorien:

- 0 = stärkster Elterneinfluß
- 1 = in Anlehnung an die eigenen Eltern
- 2 = eigene Wahl bei Einverständnis der Eltern
- 3 = Wahl nach anfänglicher Diskussion von den Eltern akzeptiert
- 4 = Wahl des Partners gegen den Wunsch der Eltern

Ergebnisse

Sowohl bei den Indexpatienten wie auch bei den Ehefrauen fanden sich weder in der Gruppe der Gichtikerfamilien noch in der Kontrollgruppe Hinweise für den Einfluß der eigenen Eltern auf die Partnerwahl. In der Gruppe der Gichtikerfamilien gaben sieben (50 %) der Indexpatienten und acht (57 %) der Ehefrauen an, daß die eigene Wahl von den Eltern ohne Diskussion akzeptiert worden sei. Innerhalb der Kontrollgruppe gaben hingegen 13 (93 %) der Indexpatienten und 14 (93 %) der Ehefrauen an, die Partnerwahl mehr oder weniger gegen den Wunsch der Eltern durchgesetzt zu haben.

Beide Gruppen unterscheiden sich in statistisch signifikanter Weise ($p < 0,05$) voneinander (siehe Tabelle 8).

Im Interview fiel auf, daß viele der Gichtikerehepaare die Einstellung ihrer Eltern zur Wahl des Partners als relativ "gleichgültig" umschrieben. Es ist in diesem Zusammenhang nicht auszuschließen, daß sich hinter dem Einverständnis der Eltern der Gichtpatienten und ihrer Ehefrauen bezüglich der Partnerwahl eine Gleichgültigkeitshaltung auf der Basis eines tiefer gestörten Verhältnisses zwischen Eltern und Kindern verbirgt.

Tabelle 8: Partnerwahl (0 = starker Einfluß..., 2 = Einverständnis der Eltern bei eigener Wahl..., 4 = gegen Eltern)

Kategorien:	0	1	2	3	4	Mittelwert
<u>Gichtikerfamilien:</u>						
Indexpatienten n = 14 (100 %) * ₁	0	2(14)	7(50)	1(7)	4(29)	2,4
Ehefrauen n = 14 (100 %) * ₂	0	2(14)	8(57)	1(7)	3(21)	2,9
<u>Bechterewfamilien:</u>						
Indexpatienten n = 14 (100 %)	1(7)	0	0	7(50)	6(43)	3,2
Ehefrauen n = 15 (100 %)	1(7)	0	0	7(47)	7(47)	3,2
* ₁ Chi ² -Test: (gegen Indexpatienten der Kontrollgruppe) p < 0,05						
* ₂ Chi ² -Test: (gegen Ehefrauen der Kontrollgruppe) p < 0,05						

4.1.4.3 Familienbewertung

Wir versuchten zu erfragen, welche Bedeutung der gegenwärtigen Familie vom Indexpatienten und seiner Ehefrau beigemessen wird. Die Einschätzung erfolgte wiederum auf einer 5-Punkte-Skala:

- 0 = starke Idealisierung
- 1 = überwiegend positive Bewertung
- 2 = Gleichgewicht zwischen positiven und negativen Aspekten
- 3 = überwiegend negative Bewertung
- 4 = stärkste Entwertung der Familie

Ergebnisse

Bei den Gichtpatienten fällt auf, daß acht (53 %) die eigene Familie im Gespräch eher negativ bewerten, während sieben (47 %) der Ehefrauen der Familie eine überwiegend positive Beurteilung zukommen lassen. Hier unterschei-

den sich die Indexpatienten und die Ehefrauen aus der Gruppe der Gichtikerfamilien deutlich von der Kontrollgruppe, bei der die Indexpatienten und die Ehefrauen überwiegend (60 - 90 %) eine idealisierende Haltung gegenüber der eigenen Familie einnehmen. Zwischen den Indexpatienten beider Diagnosegruppen besteht ein signifikanter ($p < 0,05$) Unterschied (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Familienbewertung (0 = Idealisierung, 2-Gleichgewicht positiv/negativ..., 4 = Entwertung)

Kategorien:	0	1	2	3	4	Mittelwert
<u>Gichtikerfamilien:</u>						
Indexpatienten n = 15 (100 %) *	0	2(13)	5(33)	8(53)	0	2,4
Ehefrauen n = 15 (100 %)	0	7(47)	4(27)	4(27)	0	1,8
<u>Bechterewfamilien:</u>						
Indexpatienten n = 15 (100 %)	13(87)	2(13)	0	0	0	0,1
Ehefrauen n = 15 (100 %)	9(60)	6(40)	0	0	0	0,4

* Chi²-Test: (gegen Indexpatienten der Kontrollgruppe) $p < 0,05$

4.1.5 Rollenverteilung zwischen den Ehepartnern

In Anlehnung an PARSONS (zitiert nach 79) unterscheiden wir hier zwischen einer aufgabenbezogenen (instrumentellen) und einer gefühlshaften (emotional-expressiven) Rollenfunktion. Der erste Begriff umschreibt die Wahrnehmung sozialer Aufgaben (wichtige Entscheidungen, Behördenkontakte etc.). Der zweite Begriff umschreibt Einflüsse auf das Gefühlsklima der Familie (Zuständigkeit für den Gefühlsbereich).

Die Einschätzung erfolgte auf einer 7-Punkte-Skala:

- 0 = despotischer Ehemann
- 1 = dominierender Ehemann
- 2 = Ehemann etwas stärker als Ehefrau
- 3 = partnerschaftliches Verhältnis
- 4 = Ehefrau etwas stärker als Ehemann
- 5 = dominierende Ehefrau
- 6 = Matriarchat

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 3)

Aufgabenbezogener Bereich (instrumentelle Rolle):

Innerhalb der Gruppe der Gichtikerfamilien überwiegen hier deutlich (60 %) die Indexpatienten gegenüber ihren Ehefrauen. Das Rollenverhalten entspricht hier ganz der herkömmlichen Rolle des Mannes innerhalb der Gesellschaft. Hinsichtlich der Kontrollgruppe, bei der auf diesem Sektor überwiegend (93 %) die Frauen dominieren, besteht ein signifikanter ($p < 0,05$) Unterschied. Es fällt allerdings auf, daß in sechs Fällen (40 %) innerhalb der Gichtikerehepaare auf diesem Sektor die Frauen dominierender erscheinen.

Gefühlshafter Bereich (emotional-expressive Rolle):

Auch in diesem Bereich zeigen die Gichtikerehepaare ein in zweierlei Hinsicht von der Kontrollgruppe abweichendes Bild. Während in acht Fällen (53 %) entsprechend dem gesellschaftlichen Rollenklischee eine leichte bis stärkere gefühlshafte Dominanz der Ehefrau im Interview deutlich wird, bringen in sechs Fällen (40 %) die Indexpatienten Gefühle deutlicher als ihre Ehefrauen zum Ausdruck. Der Unterschied zur Kontrollgruppe, in der in diesem Sektor 13 (93 %) der Indexpatienten in leichtem bis stärkerem Ausmaß gegenüber ihren Ehefrauen dominieren, ist statistisch signifikant ($p < 0,05$).

4.1.6 Psychopathologieskala

Nach Beendigung des Interviews schätzten wir die Schwere der beobachtbaren psychopathologischen Symptome des Indexpatienten, seiner Ehefrau und der anwesenden Kinder auf einer 7-stufigen Skala ein (modifiziert nach 79):

- 0 = unauffällig
 1 = neurotische Symptome unter Belastung
 2 = manifeste neurotische Symptome
 3 = Sucht, Soziopathie
 4 = Borderline
 5 = Psychose
 6 = hirnorganische Schädigung

Ergebnisse

Die Mehrzahl der Indexpatienten innerhalb der Gruppe der Gichtikerehepaare (73 %) wurde als unauffällig oder mit leichten neurotischen Symptomen in Belastungssituationen eingestuft. Vier Indexpatienten (27 %) wiesen allerdings deutliche neurotische Symptome (Selbstwertprobleme, Depressionen und unkontrollierte Aggressionen) oder sogar Verhaltensmerkmale im Sinne von Borderline-Störungen auf. Eine Unterteilung in zwei ähnlich große Gruppen mit ähnlicher Charakteristik läßt sich auch unter den Ehefrauen der Gichtpatienten vornehmen. Die Kontrollgruppe bietet demgegenüber ein deutlich einheitlicheres Bild mit einer Einschätzung der Indexpatienten und der Ehefrauen in über 80 % der Fälle als unauffällig (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Individuelle Psychopathologie (Erläuterungen siehe Text)

Schweregrad	Indexpatienten		Ehefrauen	
	Gichtfam n=15(100%)	Bechtfam n=15(100%)	Gichtfam n=15(100%)	Bechtfam n=15(100%)
0	3 (20)	12 (80)	5 (33)	13 (87)
1	8 (53)	3 (20)	6 (40)	2 (13)
2	3 (20)	0	1 (7)	0
3	0	0	0	0
4	1 (7)	0	1 (7)	0
5	0	0	0	0
6	0	0	2 (13)	0

Unternimmt man den Versuch, die Gichtikerfamilien entsprechend der von KLUSSMANN (35) vorgenommenen Charakterisierung der Gichtpatienten aus praktischen Gründen in "oknophile" und "philobatische" Familien einzuteilen, ge-

langt man bei der Untersuchung des Rollenverhaltens und der individuellen Psychopathologie zu einer aufschlußreichen Zuteilung der oben erwähnten, gegenüber den Bechterewpatienten uneinheitlicheren Untersuchungsergebnisse (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Vergleich des "aufgabenbezogenen" und "emotionalen Rollenverhaltens" der Subgruppen innerhalb der Gichtikerhepaare

Skalenbereich	instrumentelle Rolle		emotionale Rolle	
0 = despot.Ehemann...	"oknoph.	"philob.	"oknoph.	"philob.
3 = Partnerschaft...	Fam."	Fam."	Fam."	Fam."
6 = Matriarchat	n=7 Ehep.	n=9 Ehep.	n=7 Ehep.	n=9 Ehep.
Mittelwerte	4,1	1,2	2,1	3,8

Hinsichtlich des "aufgabenbezogenen Rollenverhaltens" unterscheiden sich die beiden Subgruppen erheblich. In der Gruppe der oknophil charakterisierten Gichtikerfamilien fällt die deutliche Dominanz der Ehefrauen auf (Mittelwert 4,1), in der Gruppe der als philobatisch beschriebenen Gichtikerfamilien der im Vergleich zur vorherigen Gruppe noch stärkere Grad der Dominanz (Mittelwert 1,2) der Indexpatienten.

Umgekehrte Aspekte liefert die Betrachtung des "emotionalen Rollenverhaltens". Hier zeigt sich in der Gruppe der als oknophil eingestuftten Gichtpatienten deren leichte Dominanz gegenüber den Ehefrauen dieser Gruppe (Mittelwert 2,1), in der Gruppe der philobatisch charakterisierten Gichtikerfamilien die deutliche Dominanz der Ehefrauen (Mittelwert 3,8).

Bei Betrachtung der Psychopathologieskala fällt auf, daß die Patienten aus der Gruppe der "oknophilen Familien" einschließlich ihrer Ehefrauen als im psychiatrischen Sinne "normal" eingestuft werden können (Mittelwert 0,7 und 0,4), während in den "philobatischen Familien" die Indexpatienten und die Ehefrauen als manifest neurotisch (Mittelwert 1,7 und 2,7) eingestuft werden (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Vergleich der individuellen Psychopathologie der Subgruppen innerhalb der Gruppe der Gichtikerfamilien (Erläuterungen siehe Text)

	Indexpatienten		Ehefrauen	
Schweregrad (0=unauff... 2=manif.neurot...)	1.Oknoophile (n = 7)	2.Philobaten (n = 9)	von 1 (n=7)	von 2 (n=9)
<u>Mittelwerte</u>	0,7	1,7	0,4	2,7

4.1.7 Familiäre Interaktionen

Für die Beurteilung der familiären Interaktionsprozesse während des Interviews verwendeten wir einen von WIRSCHING (79) entwickelten Familieneinschätzungsbogen (siehe Anhang), der anhand von zwölf Variablen (Entwicklungsfähigkeit, Zusammenhalt, gegenseitige Ergänzung, Grenzen, Ausdruck von Gefühlen, Klarheit der Mitteilungen, Teilen eines gemeinsamen Fokus, gegenseitige Abwertung, Austragen von Konflikten, Konfliktspannung und Gesprächsbeteiligung) in eine phänomenologische Handlungssprache übersetzte Aussagen aus der Literatur zu neurotischen, psychotischen und psychosomatischen Kommunikationsstörungen umfaßt. Mit Hilfe des Einschätzungsbogens kann global zwischen neurotischen und psychosomatischen Kommunikationsstörungen im klassischen Sinne differenziert werden.

Die Einschätzung der einzelnen Familien im Rahmen der verschiedenen Beurteilungsvariablen geschieht anhand einer für jede Variable spezifischen 5-Punkte-Skala.

Dabei erfaßt eine Einschätzung im Skalenbereich 1 bis 3 Interaktionsprozesse, die für "klassisch-neurotische Störungen" charakteristisch sind, während der Skalenbereich 3 bis 5 in der Literatur beschriebene, für psychosomatische Störungen typische Interaktionsmerkmale erfaßt. Der Skalenbereich 3 stellt in etwa den im psychiatrischen Sinne "Normalbereich" dar.

Ergebnisse

Bei einer Gesamtbetrachtung der familiären Interaktionsprozesse aller Gichtikerfamilien während des Interviews liegen diese weitestgehendst im "Normalbereich" (Mittelwert 3,2). Die leichte Tendenz zu charakteristisch psychosomati-

schen Interaktionsformen resultiert aus dem hohen Punktwert auf den Skalen für die Variablen Entwicklungsfähigkeit der familiären Kommunikation, Ausdruck von Gefühlen, Austragen von Konflikten und Gesprächsbeteiligung.

Im Gegensatz zu den Gichtikerfamilien fällt für die Kontrollgruppe deren etwas stärkere Tendenz zu Interaktionsformen auf, die für die psychosomatische Störung typisch sind (Mittelwert 3,5). Diese Tendenz kommt bei den Familien mit einem an Morbus Bechterew erkrankten Familienmitglied vor allem durch den hohen Stellenwert in den Variablen Familienzusammenhalt, Ausdruck von Gefühlen, Klarheit der individuellen Mitteilungen, Grad der gegenseitigen Abwertung, Ausmaß der Sorge für Andere und Fähigkeit zum Austragen von Konflikten zustande (siehe Abbildung 1).

Bei Unterteilung der Gichtpatienten auf der Basis der KLUSSMANNschen Charakterisierung in "oknophile" und "philobatische Familien" wird bei Betrachtung der entsprechenden familiären Interaktionsprozesse eine leicht veränderte Tendenz gegenüber der Gesamtheit der Gichtikerfamilien deutlich (siehe Abbildung 2).

Die Gruppe der als oknophil charakterisierten Gichtikerfamilien tendiert in der Einschätzung der familiären Interaktionsprozesse etwas deutlicher (Mittelwert 3,3) als die gesamte Breite der Gichtikerfamilien in die Richtung des als psychosomatisch charakterisierten Skalenbereichs. Im Gegensatz dazu tendieren die als philobatisch charakterisierten Gichtpatienten mit ihren Familien bei der Einschätzung ihrer Interaktionsformen deutlicher in den neurosetypischen Skalenbereich (Mittelwert 2,8). Die gegenüber der Gesamtgruppe der Gichtikerfamilien gegensinnig veränderte Tendenz der Subgruppen entsteht bei den oknophilen Gichtpatienten und ihren Familien durch einen höheren Punktwert auf den Skalen für die Variablen Klarheit der Mitteilungen, gegenseitige Abwertung und Sorge für Andere; in der Gruppe der Philobaten und deren Familien durch einen niedrigen Punktwert auf den Skalen für die Variablen gegenseitige Ergänzung, Grenzen innerhalb der Familie, Klarheit der Mitteilungen, Teilen eines gemeinsamen Fokus und Sorge für Andere.

Abbildung 1: Vergleich der familiären Interaktionen der Gichtikerfamilien während des Interviews mit der Kontrollgruppe (Erläuterungen siehe Text)

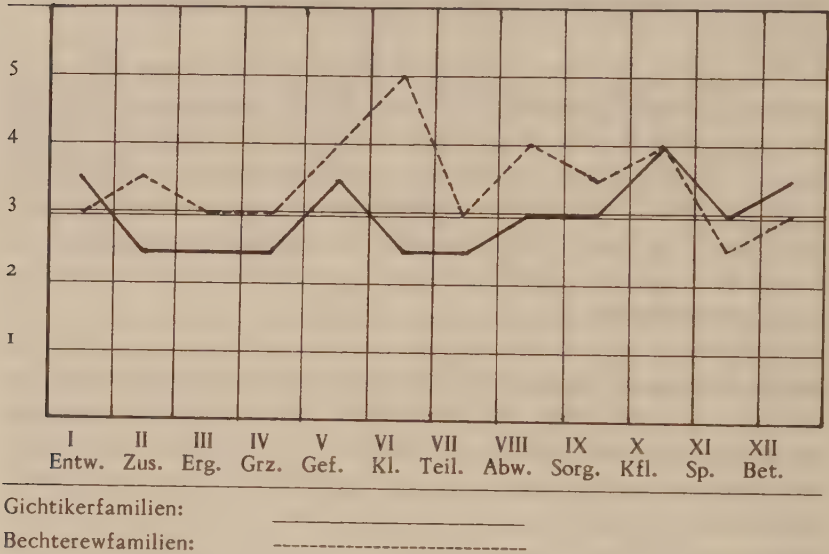
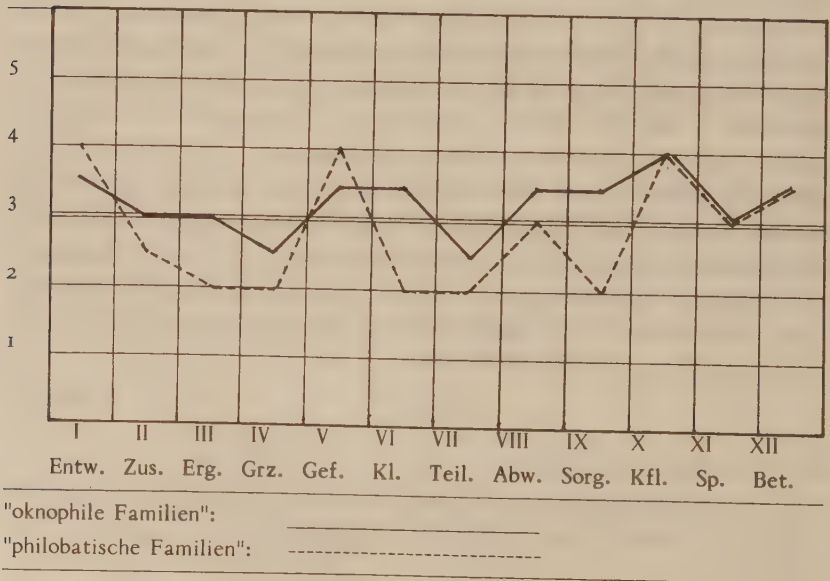


Abbildung 2: Vergleich der familiären Interaktionen der Subgruppen der Gichtikerfamilien während des Interviews (Erläuterungen siehe Text)



4.1.8 Wohnatmosphäre - Bewirtung - Stimmung während des Interviews

Wie bereits oben erwähnt, war es uns nicht möglich, in der einschlägigen Literatur für diese Variablen standardisierte und empirische Beurteilungskriterien aufzufinden. Wir werden uns deshalb in diesem Kapitel auf eine reine Beschreibung unserer Eindrücke und auf die Darstellung je eines Beispiels aus den beiden von uns untersuchten Gruppen beschränken.

In Bezug auf den Empfang des Interviewers und die Stimmung zu Beginn des Interviews kann für die Gruppe der Gichtikerfamilien gesagt werden, daß uns in der überwiegenden Zahl der Fälle eine größtenteils sehr höfliche, sachliche und entgegenkommende Grundstimmung entgegengebracht wurde. Auffallend war, daß die Hälfte aller Interviews in dieser Gruppe in der Küche der jeweiligen Familien stattfanden, obwohl in fast allen Fällen ausreichend andere Wohnräume und ein Wohnzimmer zur Verfügung standen.

Während des Interviews konnte man den Eindruck gewinnen, daß in diesen Familien die Küche eine Art zentraler Kommunikationstreffpunkt darzustellen schien, während man die anderen Wohnräume nur zu ganz bestimmten Zwecken aufsuchte. In der anderen Hälfte der Fälle wurde dem Interviewer meist das familiäre Wohnzimmer angeboten, wobei in beiden Fällen meistens Kaffee, Kuchen oder alkoholische Getränke angeboten wurden. Hinsichtlich der Wohnungseinrichtung überwogen gemütliche bis funktional ausgerichtete Einrichtungsstile, extrem steife, ausschließlich der Repräsentation dienende Einrichtungsstile waren eher selten. Entsprechend des unterschiedlichen beruflichen und gesellschaftlichen Status der einzelnen Gichtikerfamilien war die Gesamtausstattung der von uns vorgefundenen Wohnungen recht unterschiedlich. Die Stimmung unter den am Interview teilnehmenden Familienmitgliedern und im Verhältnis zum Interviewer änderte sich zum Ende des Interviews hin in einer für die beiden Subgruppen der Gichtikerfamilien meist charakteristischen Art und Weise. Während in der Gruppe von Familien mit oknophil charakterisierbaren Indexpatienten die Unterhaltung meist sehr stark durch immer neue vom Indexpatienten und auch seiner Frau aufgeworfenen Fragen zur Gichterkrankung, den Möglichkeiten der Therapie und möglichen Krankheitszusammenhängen geprägt war, drohten die Gespräche in den Familien mit philobatisch charakterisierbaren Indexpatienten meist eher zu einem reinen Dialog über ausschließlich den Indexpatienten interessierende Themenbereiche auszuarten, während die Ehefrauen oder eventuell anwesende Kinder eher zurückhaltender wurden. Das unterschied-

liche Dominanzverhalten der Ehepartner in den beiden Subgruppen wirkte sich im Gespräch meist auch im Verhältnis zum Interviewer aus, der gelegentlich in der hier zuerst erwähnten Gruppe von den Ehefrauen, in der zuletzt erwähnten Gruppe von den Indexpatienten mit zunehmender Dauer des Interviews unterschiedlich als Konkurrent oder Eindringling in die Familie empfunden zu werden schien.

Über einen rein sachlich-höflichen Empfang hinaus beobachteten wir bei den Bechterewfamilien ein von Anfang an stärkeres Eigeninteresse der meist nur aus Ehepaaren bestehenden Familienteile am Interview. Viele der Indexpatienten in dieser Gruppe schienen ein geradezu übergroßes Mitteilungsbedürfnis gegenüber dem Interviewer auszustrahlen. In auffallendem Gegensatz zur Gruppe der Gichtikerfamilien wurden wir in den Bechterewfamilien fast ausschließlich im "besten Zimmer" der Wohnung empfangen. Als weitere Auffälligkeit stach eine fast in allen Familien ähnliche Wohnraumeinrichtung mit großen, massiven Polstermöbeln und schweren Schränken ins Auge. Im Gegensatz zu den Gichtikerfamilien wirkten die Räumlichkeiten eher "steif", den Eindruck von Repräsentation erweckend. Kaffee, Kuchen oder etwa alkoholische Getränke wurden uns in keinem Fall angeboten. Die Gespräche, die sehr stark vom Bedürfnis des Indexpatienten, über seine Krankheit zu sprechen, geprägt waren, verließen nie den Rahmen korrekter Sachlichkeit.

4.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

4.2.1 Soziale Faktoren

Im folgenden werden wir hinsichtlich der Fragestellung unserer Untersuchung relevante und für die Charakterisierung der von uns untersuchten Familien bedeutende soziale Einflußfaktoren darstellen.

Im einzelnen werden wir die Geschichtsverteilung, die Altersstruktur unter den Indexpatienten und ihren Ehefrauen, die Kinderzahl, Schulbildung und den Beruf des Indexpatienten und seiner Ehefrau, Wohnraum und die Finanzverwaltung im Haushalt untersuchen.

Ergebnisse (siehe Tabellen 13, 14 und Anhang Tabelle 4)

Geschlecht

Insgesamt handelte es sich bei der Untersuchung der Gichtikerfamilien und der Kontrollgruppe im Falle der Indexpatienten um 16 bzw. 15 Männer. Auch in der Literatur werden unter den Gicht- und Bechterewkranken überwiegend Männer beschrieben (ausführlich siehe 27, 46).

Alter

Das durchschnittliche Alter der von uns untersuchten Indexpatienten betrug für die Gichtpatienten 50 Jahre, für die Indexpatienten der Kontrollgruppe 48 Jahre. Bei den Ehefrauen lag der Altersdurchschnitt für die Ehefrauen innerhalb der Gichtikerfamilien bei 48 Jahren, für die Ehefrauen innerhalb der Familien der Kontrollgruppe bei 45 Jahren.

Schulabschluß

In ihrem Bildungsgrad weichen die beiden untersuchten Gruppen nur geringfügig voneinander ab. Entsprechend den klassischen Bildungsklischees finden sich unter den Indexpatienten beider Gruppen häufiger Schulausbildungen, die über die Volksschule hinausgehen, während die Ehefrauen überwiegend nur eine Volksschulausbildung absolviert haben. Ober- oder Hochschulabschlüsse waren in beiden Diagnosegruppen selten.

Berufsausbildung

Während sich in der Gruppe der Gichtikerfamilien unter den Indexpatienten ein relativ breites Berufsspektrum ohne Bevorzugung bestimmter Berufsrichtungen aufzeigen ließ, fällt für die Indexpatienten der Kontrollgruppe deren übergroßer Hang zu technischen Berufen auf. Insgesamt geben zehn der Bechterewpatienten einen eindeutig "technisch ausgerichteten Beruf" an (gegenüber vier Gichtpatienten).

Unter den Ehefrauen beider Gruppen überwiegen deutlich die Hausfrauen; lediglich fünf Ehefrauen geben einen Beruf an.

Kinderzahl

Hier unterschieden sich beide Gruppen geringfügig. Während sich in den Gichtikerfamilien häufiger zwei oder mehr Kinder fanden, war das in den Familien der Kontrollgruppe eher selten der Fall. Bei den von uns untersuchten Familien handelte es sich in beiden Gruppen ausschließlich um Kernfamilien, d.h. es lebten außer den Eltern und den Kindern keine weiteren Personen im Haushalt.

Wohnraum

Neben der Schulbildung, dem Beruf und der Größe der Familie stellt der zur Verfügung stehende Wohnraum eine wichtige soziale Komponente dar.

In dieser Variable unterschieden sich beide Gruppen nicht. Bei Zugrundelegung der etwas geringeren Kinderzahl der Familien der Kontrollgruppe gegenüber den Gichtikerfamilien ergibt sich auf die Anzahl der Personen umgerechnet ein etwa gleicher Wohnraumumfang pro Person.

Tabelle 13: **Alter, Schulabschluß, Kinderzahl und Wohnraum. Vergleich der Gichtikerfamilien mit der Kontrollgruppe (Mittelwerte)**

	Frage	Gichtikerfamilien (n=16)		Bechterewfamilien (n=15)	
		Indexpatient	Ehefrau	Indexpatient	Ehefrau
Alter (Jahre)	2	50	48	48	45
Schulabschluß *	6	0,5	0,1	0,8	0,1
Kinderzahl	20	1,6		1,1	
Wohnraum (Zimmer)	16	4,5		3,5	

* 0 = Volksschule, 1 = Mittlere Reife, 2 = Ober- und Hochschule

Verwaltung der Familienfinanzen

Wir versuchten hier der Frage nachzugehen, inwieweit sich innerhalb der familiären Organisation der von uns untersuchten Gruppen ein bestimmtes Rollenverhalten der Ehepartner herausarbeiten läßt. Mit der Frage nach der Zuständigkeit auf dem Sektor der Verwaltung der Familienfinanzen glauben wir zusätzlich zum Interview Aufschluß über eine eventuell gegebene Dominanz des jeweiligen

Ehepartners oder ein eventuell gegebenes partnerschaftliches Arrangement im familiär-organisatorischen Bereich der ehelichen Beziehung gewinnen zu können.

Beim Vergleich der beiden Gruppen fällt auf, daß in dieser Frage familiärer Organisation innerhalb der Gichtikerfamilien nur in fünf Fällen (31 %) gegenüber zehn Fällen (67 %) der Kontrollgruppe ein partnerschaftliches Verhältnis unter den Ehepartnern herrscht. Ein noch deutlicherer Unterschied ergibt sich hinsichtlich des Dominanzverhaltens eines Ehepartners auf diesem Gebiet, wo unter den Gichtikerehepaaren in sieben Fällen (44 %) gegenüber einem Fall (7 %) der Kontrollgruppe der Indexpatient die alleinige Wahrnehmung der hier untersuchten Aufgabenstellung für sich in Anspruch nimmt.

Tabelle 14: Verwaltung der Familienfinanzen. Vergleich der Gichtikerfamilien mit den Familien der Kontrollgruppe

Frage 14	Gichtikerfamilien n = 16 (100 %)	Bechterewfamilien n = 15 (100 %)
Ehemann	7 (44)	1 (7)
Ehefrau	3 (19)	4 (27)
Beide	5 (31)	10 (67)

Unternimmt man auch in dieser Frage den Versuch, die Gichtikerfamilien anhand der Charakterisierung der Indexpatienten in "oknophile" und "philobatische Familien" zu unterteilen, so ergibt sich innerhalb der Gruppe der Gichtikerehepaare zusätzlich eine deutliche Differenzierung (siehe Tabelle 15).

Während innerhalb der Gruppe der als "oknophil" charakterisierten Indexpatienten und ihrer Ehepartner nur in einem Fall (14 %) der Indexpatient angibt, die Familienfinanzen zu kontrollieren, nehmen innerhalb der Gruppe der als "philobatisch" charakterisierten Gichtpatienten und ihrer Ehefrauen in sieben Fällen (78 %) die Indexpatienten diese Aufgabe allein wahr.

Auffällig erscheint auch, daß in der zuletzt genannten Gruppe in keinem Fall die hier untersuchte Aufgabenstellung von einer Ehefrau wahrgenommen wurde, während das in der zuerst genannten Gruppe in drei Fällen (43 %) der Fall ist.

Tabelle 15: Verwaltung der Familienfinanzen. Vergleich der Subgruppen innerhalb der Gichtikerfamilien

	"oknophile Familien" n = 7 (100 %)		"philobatische Familien" n = 9 (100 %)	
Ehemann	1	(14)	7	(78)
Ehefrau	3	(43)	0	
Beide	3	(43)	2	(22)

4.2.2 Medizinische Daten

Wir erhielten Angaben der Ehepartner aus verschiedenen medizinischen Bereichen:

Gewicht, Art und Ausmaß bedeutender früherer Erkrankungen, Angaben über bisherige Behandlungsformen, Umfang und Art aktueller körperlicher Beschwerden und Angaben zur subjektiven Wertigkeit der momentanen Beschwerden.

Gewicht

Bei Zugrundelegung des "Brocagewichts" sind die Gichtpatienten und die Ehefrauen der Gichtpatienten in jeweils sechs Fällen (40 %) übergewichtig. Der Anteil der übergewichtigen Indexpatienten und Ehefrauen beträgt in der Kontrollgruppe nur jeweils 20 bzw. 14 % (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Gewicht der Indexpatienten und ihrer Ehefrauen (Frage 5) (bei Zugrundelegung der Broca Gewichtsbestimmung)

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht
<u>Gichtikerehepaare</u> Ind.pat.u.Ehefr.=n je 15(100%)			
Indexpatienten	0	9 (60)	6 (40)
Ehefrauen	1 (7)	8 (53)	6 (40)
<u>Bechterewehhepaare</u> Ind.pat.u.Ehefr.=n e 15(100%)			
Indexpatienten	1 (7)	11 (73)	3 (20)
Ehefrauen	2 (14)	11 (73)	2 (14)

Vorerkrankungen

Wir fragten, welche ernsthafte Krankheit für die verschiedenen Lebensabschnitte der einzelnen, von uns untersuchten Personen von diesen als besonders belastend genannt wird. Die Beschränkung auf eine ernsthafte Erkrankung sollte ebenso wie die Aufteilung in verschiedene Lebensabschnitte die Angaben präzisieren helfen. Wir erhofften uns hier Aussagen zu bevorzugten Krankheitslokalisationen in den unterschiedlichen Organbereichen und im Falle des Indexpatienten über wesentliche, neben der Grundkrankheit bestehende Begleitkrankheiten.

Weiterhin fragten wir, wie lange die angegebene Erkrankung schon Beschwerden bereitet, um so Aufschluß über eine mögliche "Chronifizierungstendenz" zu erlangen.

Zur besseren Zuordnung der Erkrankungen auf die verschiedenen Organsysteme vollzogen wir eine Einteilung der genannten Erkrankungen in

Krankheiten des Geh- und Bewegungsapparates,
des Magen-Darmtraktes,
der Atmungsorgane,
des Herz- und Kreislaufsystems,
des Stoffwechselsystems,
des Nervensystems,
der Haut und
der gynokologischen Organe.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 5)

Während wir für die Lebensabschnitte null bis sechs Jahre und sechs bis zwölf Jahre in beiden Gruppen keine ernsthaften Erkrankungen genannt bekamen, gab die überwiegende Zahl der von uns untersuchten Personen in beiden Gruppen für die Zeit ab dem zwölften Lebensjahr ernsthafte Erkrankungen an.

Während die Indexpatienten der Kontrollgruppe in elf Fällen (73 %) erwartungsgemäß hoch Erkrankungen aus dem Bereich des Geh- und Bewegungsapparates angeben, überrascht die Benennung dieses Organbereichs auch in fünf Fällen (33 %) der Indexpatienten aus der Gruppe der Gichtikerehepaare. Die hier

angegebenen Beschwerden standen in keinem offensichtlichen Zusammenhang mit der Grundkrankheit. Desweiteren fällt auf, daß sechs (40 %) der Gichtpatienten keine ernsthafte Erkrankung benennen können, während das unter den Indexpatienten der Kontrollgruppe nur in einem Fall (7 %) vorkommt. Völlig entgegengesetzt sind die Angaben der Ehefrauen beider Gruppen. Während elf (73 %) der Ehefrauen in der Kontrollgruppe keine ernsthafte Erkrankung benennen können, trifft das für die Ehefrauen der Gichtpatienten nur in zwei Fällen (13 %) zu. Hinsichtlich des benannten Organbereichs fällt auf, daß die Ehefrauen der Gichtpatienten in fünf Fällen (33 %) Erkrankungen aus dem neurologisch-psychiatrischen Bereich nennen. Die Ehefrauen aus der Kontrollgruppe geben aus diesem Bereich keine Erkrankung an.

Auf die Frage, wie lange die angegebene Erkrankung schon Beschwerden mache, gaben fast alle Personen in beiden Untersuchungsgruppen Zeiträume von ca. zehn bis 15 Jahren an.

Behandlungsformen

In diesem Abschnitt soll herausgearbeitet werden, welche Bedeutung Hausärzten, Allgemeinärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten, Heilpraktikern und der Selbsthilfe in der Behandlung der von uns untersuchten Familien zukommt.

Uns interessierte, in wieviel Fällen der von uns untersuchten Personen neben dem zu erwartenden Übergewicht der Konsultationen bei Haus- und Allgemeinärzten zusätzlich Behandlungen durch einen Psychiater, Psychotherapeuten oder Heilpraktiker vorgenommen wurden.

Ergebnisse

Wie zu erwarten haben praktische Ärzte und Fachärzte den größten Anteil an der medizinischen Versorgung der von uns untersuchten Personen in beiden Gruppen. Darüber hinaus gibt es jedoch interessante Unterschiede zwischen den Familien der beiden Gruppen. Innerhalb der Gruppe der Gichtikerfamilien wurden in insgesamt vier Fällen (29 %) Behandlungen durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten angegeben. Dies wurde in der Gruppe der Bechterewfamilien nur in einem Fall (7 %) angegeben. Interessant erscheint auch, daß bis auf eine Ausnahme in der Gruppe der Gichtikerfamilien alle Konsultationen beim Psychiater bzw. Psychotherapeuten in beiden Gruppen durch die Ehefrauen vorgenommen wurden.

Auffallend hoch ist auch der Anteil der Konsultationen bei einem Heilpraktiker, der in beiden Gruppen in mehr als vier Fällen (30 - 50 %) genannt wird (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Behandlungsformen (Frage 39)

	ausschließlich Haus-/Allgem.arzt	zusätzlich Psychiater	zusätzlich Heilpraktiker
<u>Gichtikerfamilien</u>			
Ind.pat.u.Ehefr.=n je 14(100%)			
Indexpatienten	9 (64)	1 (7)	4 (29)
Ehefrauen	7 (50)	3 (21)	4 (29)
<u>Bechterewfamilien</u>			
Ind.pat.u.Ehefr.=n je 15(100%)			
Indexpatienten	8 (53)	0	7 (47)
Ehefrauen	11 (73)	1 (7)	3 (20)

Beschwerdenliste

Wir verwendeten eine modifizierte Version der "Gießener Beschwerde-
liste" (79, 83). Von den 57 Items der ursprünglichen Liste übernahmen wir 37.
Wir gingen dabei so vor, daß die von uns übernommenen Beschwerden Zuord-
nungen zu einem möglichst breiten Spektrum von verschiedenen Organsystemen
zuließen. Daneben sonderten wir all diejenigen aus, die rein "seelische" Sympto-
me waren und in der Faktorenanalyse die niedrigste Ladung aufwiesen.

Bei der Beschwerdenliste handelt es sich um einen standardisierten Fragebogen-
test, der die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und Allgemeinbe-
schwerden mißt. Die Beschwerdenliste gibt Auskunft auf die Fragen:
Wie groß ist die "Klagsamkeit" (Zahl der angegebenen Beschwerden)?
Unter welchen der genannten Beschwerden leiden die Betroffenen am meisten?

Hinsichtlich des Beantwortungstyps gaben wir eine abgestufte Testversion mit
den Rubriken keine Beschwerden, kaum Beschwerden, mäßige Beschwerden, er-
hebliche Beschwerden und starke Beschwerden vor. Für unsere Fragestellung
nach der Größe der individuellen Klagsamkeit werden wir der Vereinfachung
halber jeweils die Beantwortungskategorien kaum und mäßig sowie erheblich und
stark zusammenfassen.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 6)

Zwischen den Indexpatienten der beiden Gruppen besteht hinsichtlich der "allgemeinen Klagsamkeit" ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$), der sich durch den Vergleich der Mittelwerte aller angegebenen Beschwerden darstellen läßt (Gichtpatienten : 10,5 Beschwerden; Bechterewpatienten : 15,4 Beschwerden).

Die an dieser Stelle zum Ausdruck kommende signifikant größere Klagsamkeit der Indexpatienten der Kontrollgruppe wird bei Vergleich der Mittelwerte der angegebenen erheblichen und starken Beschwerden (1,8 gegenüber 4,0) noch deutlicher.

Ein umgekehrtes Verhältnis ergibt sich bei der Betrachtung der entsprechenden Mittelwerte der Ehefrauen beider Gruppen (Gichtikerhefrauen : 13,1; Bechterewehfrauen: 9,2). Auch hier wird der Unterschied bei Vergleich der Mittelwerte der angegebenen erheblichen und starken Beschwerden noch deutlicher (4,1 gegenüber 2,2).

Bei Unterteilung der Gichtikerfamilien in die schon bekannten Subgruppen und einem anschließenden Vergleich der sich hier zwischen den Gruppen errechnenden Mittelwerte fällt die im Verhältnis zur Gesamtgruppe noch geringere Klagsamkeit der Indexpatienten mit philobatischen Zügen auf (Mittelwert 7,3), während die als oknophil zu charakterisierenden Indexpatienten im Mittel mehr Beschwerden als die Gesamtgruppe der Gichtpatienten angeben (Mittelwert 13,0).

Die Ehefrauen beider Subgruppen verhalten sich auch hier wieder in gegensinniger Weise (Mittelwert 14,1 gegenüber 9,9). Der Unterschied in der "allgemeinen Klagsamkeit" zwischen den Indexpatienten und den Ehefrauen in der Gruppe der "philobatischen Familien" ist signifikant ($p < 0,05$). Im Mittel werden von den Ehefrauen dieser Gruppen doppelt so viele Beschwerden als von den Indexpatienten angegeben (siehe Anhang Tabelle 7).

Hauptbeschwerden

Gefragt wurde hier, unter welcher von den angegebenen Beschwerden die jeweilige befragte Person am meisten leide. Wir verwendeten auch hierwieder eine Klassifizierung der angegebenen Beschwerden, die eine Zuordnung zu bestimmten Organsystemen zuläßt. Im einzelnen unterschieden wir Beschwerden aus dem Bereich des Geh- und Bewegungsapparates, des Magen-Darmtraktes, der At-

mungsorgane, des Herz- und Kreislaufsystems, des Stoffwechselsystems, des Nervensystems, der Haut und unspezifische Beschwerden.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 8)

Insgesamt unterscheidet sich die Gruppe der Gichtikerfamilien in diesem Punkt erheblich von der Kontrollgruppe. Während die Indexpatienten aus der ersten Gruppe neben Beschwerden aus dem Geh- und Bewegungsapparat (33 %) vor allem Beschwerden aus dem neurologisch-psychiatrischen Bereich (21 %) und unspezifische Beschwerden (21 %) angeben, überwiegen bei den Indexpatienten der Kontrollgruppe eindeutig die für die Grundkrankheit spezifischen Beschwerden aus dem Bereich des Geh- und Bewegungsapparates (93 %). Der Unterschied zwischen den Indexpatienten beider Gruppen ist signifikant ($p < 0,05$).

Bei den Ehefrauen der Gichtpatienten überwiegen Beschwerden aus dem neurologisch-psychiatrischen Bereich (33 %) und unspezifische Beschwerden (29 %) ebenso wie bei den Ehefrauen aus der Kontrollgruppe, wo der neurologisch-psychiatrische Beschwerdekomplex im Gegensatz zu den bei den Vorerkrankungen genannten Beschwerden in 53 % der Fälle als Hauptbeschwerde angegeben wird.

Unterteilt man die Gruppe der Gichtikerfamilien in die oben erwähnten Subgruppen, so ergibt sich ein zusätzlich interessantes Bild. In der Gruppe der als oknophil charakterisierten Indexpatienten und ihrer Ehefrauen nennen die Indexpatienten in vier Fällen (66 %) neurologisch-psychiatrische und unspezifische Beschwerden als Hauptbeschwerden, ihre Ehefrauen in drei Fällen (50 %).

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei Betrachtung der als philobatisch charakterisierten Indexpatienten und ihrer Ehefrauen. Während in dieser Gruppe von den Indexpatienten neurologisch-psychiatrische und unspezifische Beschwerden nur in zwei (25 %) gegenüber sechs Fällen (75 %) bei den Ehefrauen als Hauptbeschwerden genannt werden, dominieren hier stattdessen Beschwerden aus dem Geh- und Bewegungsapparat (63 %) (siehe Anhang Tabelle 9).

4.2.3 Die Familie als soziales System - Einstellung ihrer Mitglieder gegenüber verschiedenen familiären Funktionen

In diesem Kapitel werden wir unter einer mehr soziologischen Perspektive die Familie als Institution, die für ihre Mitglieder verschiedene Funktionen besitzt,

untersuchen. In Anlehnung an die These, daß die Funktion der Familie heute in erster Linie eine psychologische (Intimität, Gefühlsaustausch, Geborgenheit, Rollenvermittlung) ist und somit nicht mehr mit der früheren mehr ökonomischen Funktion der Familie übereinstimmt, werden wir im folgenden einige der für unsere Fragestellung relevanten familiären Funktionsbereiche in den von uns untersuchten Familien näher betrachten.

Im einzelnen werden wir versuchen, die Form der Freizeitgestaltung, den Erziehungsstil und das Verhältnis des jeweiligen Indexpatienten und seiner Ehefrau zur eigenen Geschlechtsrolle aufzuschlüsseln, um so Auskunft über die individuelle Einstellung der von uns untersuchten Familienmitglieder zum familiären Beziehungsgefüge zu erlangen.

Arbeit und Freizeit

Wir fragten hier einmal nach dem Umfang beruflicher Tätigkeit (bei Hausfrauen Tätigkeit im Haushalt), um somit Anhaltspunkte für das Vorliegen eventueller beruflicher Streßfaktoren zu erhalten und um einen Hinweis auf die der Familie neben dem Beruf zur Verfügung stehende Zeit zu erhalten.

Zum anderen interessierte uns der personelle Rahmen, in dem die einzelnen Familienmitglieder ihre Freizeit gestalteten und einer eventuellen speziellen Freizeitbeschäftigung (Hobby) nachgingen.

Für den personellen Rahmen, in dem die einzelnen Familienmitglieder ihre Freizeit gestalteten, entwickelten wir ein Einteilungsschema mit den Kategorien Freizeitgestaltung überwiegend allein, Freizeitgestaltung überwiegend mit der eigenen Familie und Freizeitgestaltung überwiegend mit Freunden, Bekannten und fremden Personen (Vereine, Clubs).

Ergebnisse

Hinsichtlich der täglichen Arbeitszeit unterscheiden sich die Indexpatienten beider Gruppen nur unwesentlich. 70 % der Befragten beider Gruppen geben an, täglich nicht mehr als acht Stunden einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, 30 % arbeiten überwiegend mehr als acht Stunden täglich in ihrem Beruf. Die Ehefrauen beider Gruppen geben den Umfang ihrer überwiegend im Haushalt stattfindenden Tätigkeit in etwa gleicher Weise wie ihre Ehemänner an. Da wir keine verlässlichen Zahlen über den Umfang beruflicher Tätigkeit und täglicher

Arbeitszeit für Hausfrauen im Haushalt aus entsprechenden Statistiken der Normalbevölkerung ausfindig machen konnten, verglichen wir die Zahlen mit den Angaben des Personenkreises unserer Pilotstudie.

Demnach fanden wir für die von uns untersuchten Gruppen keine Abweichung von den entsprechenden Angaben in der Normalbevölkerung.

In Bezug auf das Freizeitverhalten ergeben sich zwischen beiden untersuchten Gruppen erhebliche Unterschiede. Innerhalb der Gichtikerfamilien verbringen acht (53 %) der Indexpatienten ihre Freizeit überwiegend allein oder mit Freunden und Bekannten, während zwölf der Ehefrauen (80 %) sich in ihrer Freizeit überwiegend der eigenen Familie widmen. 13 (87 %) der Indexpatienten der Kontrollgruppe und ebensoviele der befragten Ehefrauen geben an, das Familienleben in der Freizeit vorzuziehen. Keiner der Ehemänner und keine der Ehefrauen in der Kontrollgruppe verbringen die Freizeit allein. Das hier vorgefundene Ergebnis erklärt nicht, inwieweit die gegenüber der Kontrollgruppe größere "Außenorientierung" der Indexpatienten in der Gruppe der Gichtikerehepaare Ausdruck eines intensiveren Sozialkontakts der Gichtikerfamilien ist oder aber ein Hinweis für den mangelnden Bezug des Gichtpatienten zu seiner Familie oder Ehefrau.

Bei Betrachtung des Ergebnisses auf die Frage nach dem personellen Rahmen, in dem die einzelnen Ehepartner einem eventuellen Freizeithobby nachgehen, ergibt sich bei den Indexpatienten ein ähnliches Bild wie bei der vorhergehenden Frage. Auch hier geben zehn von zwölf Gichtpatienten (84 %) gegenüber sieben (59 %) der Indexpatienten in der Kontrollgruppe an, ihrem Hobby überwiegend im außerfamiliären Bereich nachzugehen. Bei den Ehefrauen der Gichtikerehepaare läßt sich in sechs Fällen (67 %) in dieser Frage allerdings ebenfalls eine stärkere Tendenz zum außerfamiliären Bereich feststellen, ähnlich der Ehefrauen der Kontrollgruppe, die in fünf Fällen (55 %) ihrem Freizeithobby mehr allein oder außerfamiliär nachgehen (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: **Personeller Rahmen von Freizeit und Hobby. Vergleich der Gichtiker- mit den Bechterewehepaaren (Frage 54, 56)**

n (jeweils): Freizeit: Indexpat.: n = 15 (100 %); Ehefr.: n = 15 (100 %); Hobby: Indexpat.: n = 12 (100 %), Ehefr.: n = 9 (100 %)

Variable:	<u>Freizeit</u>	<u>Hobby</u>	<u>Freizeit</u>	<u>Hobby</u>	<u>Freizeit</u>	<u>Hobby</u>
Personeller Rahmen:	Familie	Familie	Freunde	Freunde	allein	allein
<u>Gichtikerfamilien</u>						
Indexpatienten	7 (47)	2 (17)	4 (27)	5 (42)	4 (27)	5 (42)
Ehefrauen	12 (80)	2 (22)	0	1 (11)	3 (20)	6 (67)
<u>Bechterewfamilien</u>						
Indexpatienten	13 (87)	5 (42)	2 (13)	2 (17)	0	5 (42)
Ehefrauen	13 (87)	4 (44)	2 (13)	2 (22)	0	3 (33)

Erziehungsstil

Wir fragten, auf welche Weise die Ehepartner die Erziehung ihrer eigenen Kinder handhaben. Wir beurteilten das Ausmaß der elterlichen Autorität, die Respektierung der Persönlichkeit des Kindes sowie die Fähigkeit, "Grenzen zu setzen".

Für die Beantwortung dieser Fragestellung gaben wir im Fragebogen für die jeweils fünf in unserem Kulturkreis gängigen Erziehungsstile ("laissez faire", "antiautoritär", "bestimmend", "autoritär" und "partnerschaftlich") typische Aussagen auf dazugehörigen numerischen Schätzskaleten vor. Auf diesen Schätzskaleten entspricht der Skalenbereich 0 bis 3 einer abgestuften Ablehnung gegenüber der mit dem jeweiligen Erziehungsstil formulierten Aussage, der Skalenbereich 4 bis 6 einer abgestuften Zustimmung. Der Skalenbereich 3 entspricht einer "neutralen Einstellung".

Da davon ausgegangen werden kann, daß der Erziehungsstil in den jeweiligen Familien von beiden Ehepartnern geprägt ist, werden wir bei der Auswertung die Einstellung der jeweiligen Ehepaare zum Erziehungsstil insgesamt beurteilen.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 10)

In beiden Diagnosegruppen neigen die Ehepaare zur Zustimmung gegenüber einem partnerschaftlichen Erziehungsstil (Mittelwerte auf der Schätzskala für partnerschaftliches Erziehungsverhalten: Gichtikerehepaare 5,3; Bechterewehepaare 4,8). Auf allen Skalen für die übrigen Erziehungsstile nehmen die Ehepaare beider Gruppen eine überwiegend ablehnende bis neutrale Haltung ein.

Verhältnis der Ehepartner zur eigenen Geschlechtsrolle

Wir versuchten hier zu ermitteln, wie stark die Indexpatienten und ihre Ehepartner sich mit ihrer Geschlechtsrolle identifizieren, wie stark die Betroffenen den herkömmlichen Rollenklischees folgen, d.h. wie "männlich" geben sich die Indexpatienten, wie "weiblich" die Ehefrauen.

Die Einschätzung erfolgte wiederum auf in Fragebogen vorgegebenen numerischen Schätzskalen, wobei wir zwischen drei verschiedenen Einstellungen gegenüber der eigenen Geschlechtsrolle ("indifferentes Rollenverhalten", "traditionelles Rollenverhalten" und "partnerschaftliches Rollenverhalten") differenzierten. Für jede der Einschätzskalen wurde von uns eine entsprechende Aussage formuliert, für deren Ablehnung oder Zustimmung durch die befragte Person jeweils wieder eine von 0 bis 6 eingeteilte Skala vorgegeben wurde.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 11)

Die Indexpatienten beider Diagnosegruppen entschieden sich zum überwiegenden Teil in zustimmender Form für die im Fragebogen auf der Skala für partnerschaftliches Rollenverhalten formulierte Aussage (Mittelwert: Gichtpatienten 5,1, Bechterewpatienten 5). In gleicher Weise entschieden sich auch die Ehefrauen beider Gruppen (Mittelwerte 4,6 und 4,4).

Es ist auffällig, wie stark vor allem die Indexpatienten aus der Gruppe der Gichtikerehepaare in ihren Antworten hier zu den in der Frage nach der Verwaltung der Familienfinanzen gegebenen Antworten differieren.

4.2.4 Ernährungs- und Konsumverhaltensweisen

In diesem Kapitel wird die Einstellung der Familienmitglieder zum Essen, zur EBkultur und zum Umgang mit Nahrungsmitteln untersucht. In diesem Zusammenhang stellten wir den von uns untersuchten Personen auch eine Frage zur Änderung ihres EBverhaltens in physischen oder psychischen Streßsituationen. Zu diesem Fragenkomplex gehören auch drei von KLUSSMANN (35) entwickelte Fragen zum Interesse am Kochen, der Freude am Essen und der Wertschätzung besonderer EBkultur.

Ergebnisse (siehe Anhang Tabelle 12)

Auf die Frage "Kochen Sie gerne?" antworteten vier (27 %) der Gichtpatienten und ein (7 %) Bechterewpatient mit ja.

Vier (27 %) der Gichtpatienten und neun (60 %) der Bechterewpatienten kochen gelegentlich gern.

Sieben (47 %) der Gichtpatienten und fünf (34 %) der Indexpatienten aus der Kontrollgruppe kochen nicht gern.

Die Ehefrauen in beiden Gruppen geben entgegengesetzt zu ihren Ehemännern jeweils in neun Fällen (60 %) an, gerne zu kochen.

Auf die Frage "Ist es eine Ihrer großen Freuden im Leben, gut zu essen?" antworteten 14 (93 %) der Gichtpatienten und elf (7 %) der Ehefrauen aus der Gruppe der Gichtikerfamilien mit ja. In der Kontrollgruppe gaben neun (60 %) der Indexpatienten und 13 (87 %) der Ehefrauen gleichlautende Antworten.

Hinsichtlich der letzten Frage läßt sich zwischen den Indexpatienten beider Diagnosegruppen ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) feststellen.

Die Frage "Leben Sie Wert auf einen gut gedeckten Tisch?" wurde in beiden Gruppen stattdessen wieder gleichsinnig beantwortet. 13 (87 %) der Gichtpatienten und zwölf (80 %) der Bechterewpatienten beantworteten diese Frage mit ja. Die Ehefrauen beider Gruppen gaben in etwa gleicher Häufigkeit die gleiche Antwort.

Bei der Beantwortung der Frage "Wieviel Zeit widmen Sie täglich den Mahlzeiten?" unterscheiden sich beide Gruppen wieder deutlicher. Während zehn (67 %)

der Gichtpatienten und alle (100 %) untersuchten Personen der Kontrollgruppe tägliche EBzeiten von ein bis zwei Stunden angeben, verweisen fünf (33 %) der Gichtpatienten und ebensoviele Ehefrauen dieser Gruppe auf tägliche EBzeiten von mehr als zwei Stunden.

Unterteilt man an dieser Stelle die Gruppe der Gichtikerfamilien wie oben wieder in die zwei Subgruppen, so fällt auf, daß in der Gruppe der als oknophil charakterisierten Gichtpatienten nur einer (14 %) eine tägliche EBzeit von mehr als zwei Stunden, in der Gruppe der als Philobaten charakterisierten Gichtpatienten vier (57 %) EBzeiten von mehr als zwei Stunden vermerken. Auffällig ist auch, daß die Ehefrauen in beiden Gruppen in gleicher Häufigkeit ähnliche EBzeiten wie die Ehemänner angeben, was uns dazu bewegte, eine Zuordnung der Fragebögen zu den entsprechenden Familien vorzunehmen. Dabei wurde deutlich, daß es sich bei den jeweils vier Gichtpatienten und Ehefrauen um Ehepaare handelte.

Ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen der Gruppe der Gichtikerfamilien und der Kontrollgruppe ergibt sich bei der Beantwortung der Frage "Besuchen Sie gerne Lebensmittelabteilung von Kaufhäusern, Feinkostgeschäften, Märkten?". Diese Frage wird von neun (60 %) der Gichtpatienten gegenüber fünf (34 %) der Indexpatienten aus der Kontrollgruppe mit "ja, oft" beantwortet. Interessanterweise beantworten auch hier zehn (67 %) der Ehefrauen in der Gruppe der Gichtikerfamilien gegenüber nur zwei (13 %) der Ehefrauen aus der Kontrollgruppe im gleichen Sinne wie die Indexpatienten diese Frage. Eine Zuordnung der von den Gichtikerehepaaren beantworteten Fragebögen ergab auch hier, daß die Ehepartner in insgesamt acht Ehepaaren (53 %) gleichlautende Antworten gegeben hatten.

Auf die Frage "Glauben Sie, daß sich Ihr EBverhalten im Streß (Ärger, Aufregung, Erschöpfung) ändert?" geben sieben (47 %) der Indexpatienten und fünf (34 %) der Ehefrauen aus der Gruppe der Gichtikerfamilien an mehr zu essen, während eine solche Antwort in der Kontrollgruppe weder von den Indexpatienten noch von den Ehefrauen gegeben wird. Statt dessen geben Indexpatienten und Ehefrauen der Kontrollgruppe in einer Häufigkeit von jeweils etwa 50 % an, in Streßsituationen entweder keine Änderung des EBverhaltens bei sich feststellen zu können oder aber eher weniger Nahrung zu sich zu nehmen. Die Unterschiede bei der Beantwortung dieser Frage zwischen den Indexpatienten und den Ehefrauen beider Gruppen sind signifikant ($p < 0,05$).

4.2.5 Sportlichkeit und Sportverhalten

Am Ende des Fragebogens stellten wir allen Personen eine Frage zu ihrer sportlichen Selbsteinschätzung und eine weitere Frage zur objektiven sportlichen Betätigung.

Es sollte hierbei der Frage nachgegangen werden, inwieweit bei der Gicht als eine überwiegende Gelenkerkrankung, ähnlich wie bei der primären chronischen Polyarthrit, in der Persönlichkeit des Erkrankten Hinweise auf eine bestimmte Art des Umgangs mit aggressiven und expansiven Strebungen zu finden sind. Solche Hinweise könnten bei Hinzuziehung auch anderer Persönlichkeitsmerkmale, z.B. aus einer besonders intensiven sportlichen Betätigung oder aber einer extremen Vermeidungshaltung gegenüber jedweder sportlicher Betätigung gewonnen werden.

Wichtig erscheint dabei auch wieder, welches Verhalten vor allem die jeweiligen Ehepartner in dieser Hinsicht aufzeigen.

Ergebnisse

Die Mehrzahl der Gichtiker (53 %) und ihrer Ehefrauen (67 %) antworten auf die Frage "Halten Sie sich für sportlich?" mit nein.

Die Frage "Treiben Sie Sport?" verneinen erwartungsgemäß dementsprechend ebensoviele Gichtpatienten und Ehefrauen (60 - 80 %).

Dieses Ergebnis weicht deutlich von den Aussagen der Indexpatienten und Ehefrauen in der Kontrollgruppe ab, die sich zum überwiegenden Teil (60 - 75 %) für sportlich ausgeben und sich auch, zumindest gelegentlich, einer sportlichen Betätigung widmen.

Zum Vergleich sei hier noch die der "Normalbevölkerung" entsprechende Gruppe der Ehepaare aus unserer Pilotstudie erwähnt, in der, im Ergebnis zwischen den beiden Diagnosegruppen liegend, 50 bis 60 % der Befragten eine eigene Sportlichkeit und eine gelegentliche oder intensivere sportliche Betätigung bestätigen (siehe Anhang Tabelle 13).

4.2.6 Beschreibung von ausgewählten charakteristischen Interviews

Im folgenden sollen anhand zweier Beispiele aus der Gruppe der Gichtikerfamilien und einem Beispiel aus der Kontrollgruppe einige charakteristische Unterschiede, die sich zwischen den Familien der beiden Diagnosegruppen und zwischen den Subgruppen innerhalb der Gichtikerfamilien aufzeigten, dargestellt

werden. Bei der Beschreibung werden wir uns dazu auf charakteristische Gesprächsabschnitte des Interviews beschränken.

Beispiel einer Familie mit einem als "oknophil" zu charakterisierenden Gichtiker

Familie I wohnt in einem vor ca. zehn Jahren mit erheblicher Eigenleistung selbst erbauten, geräumigen Einfamilienhaus ca. 30 km außerhalb Münchens. Herr I (35 Jahre) ist Lehrer in einer kleinen Schule im Nachbarort. Frau I (36 Jahre) ist ebenfalls Lehrerin, aber seit Geburt des ersten Kindes fast ausschließlich als Hausfrau zuhause tätig. Die Familie hat inzwischen drei Töchter (ein, zweieinhalb und vier Jahre alt), die während des Interviews im Zimmer spielen. Uns wird Platz in einem großzügig gestalteten Wohn-Eßzimmer angeboten. Herr I fragt gleich nach unseren Wünschen hinsichtlich Kaffee oder einem Stück Kuchen; Frau I weist die Kinder etwas zurecht und nimmt das jüngste während des Gesprächs auf den Arm. Nachdem alle am Tisch Platz genommen haben, beginnt Herr I in etwas unsicherer Form und mit leicht hörbarem Schuldaspekt in der Betonung auf die vielen Mühen hinzuweisen, die mit der Erstellung des Hauses, der gelegentlichen finanziellen Not und der vielen Aufregung verbunden gewesen seien. Frau I ergänzt sogleich, wie wichtig ihnen beiden eine gemütliche häusliche Atmosphäre sei und daß ihr Mann seitdem auch insgesamt viel mehr zuhause und ruhiger geworden sei.

Auf unsere die Anamnese von Herrn I betreffenden Fragen gibt Herr I an, bisher insgesamt sieben Gichtanfälle in den letzten sechs Jahren erlebt zu haben, wobei er sich schon immer gefragt habe, warum es ausgerechnet ihn in seinem relativ jungen Alter so habe treffen können. In seiner eigenen Familie hätte niemand an Gicht gelitten. Er sei eigentlich nie übergewichtig gewesen, nur essen habe er immer schon gut können, egal, was um ihn herum vorging. Nach dem ersten Anfall habe er einen Arzt im Nachbarort aufgesucht, zu dem er ein gutes persönliches Verhältnis gehabt habe und der ihm nur geraten habe, nicht mehr so viel Fleisch zu sich zu nehmen. Nach dem zweiten Anfall habe ihn seine Ehefrau zu einem Besuch in der Poliklinik überreden können, woraufhin er infolge der ihm dort unterbreiteten Diättrichtlinien zuerst sehr niedergeschlagen gewesen sei.

Auf unsere Frage nach der Verarbeitung der Krankheit gibt Herr I gleich zu Protokoll, dank seiner Frau die erforderliche Diät weitestgehend einhalten zu können, durch die Sorge um das finanzielle Wohlergehen der Familie und die viele Arbeit in seinem Beruf gar nicht mehr an die Krankheit erinnert zu werden.

Auf unsere Frage nach einschneidenden Familienereignissen in den letzten Jahren schildern beide den harten Existenzkampf, die mit dem Haus verbundene Bewältigung der Schuldenlast und vor allem den beruflichen Streß, dem sich Herr I seit Jahren ausgesetzt sehe. Frau I verweist darauf, daß ihr Mann im Grunde ein sehr sensibler Mensch sei, der immer etwas Lenkung und Führung benötige. Das kurzzeitige Weggehen der Ehefrau vom Tisch benutzte Herr I, um uns mitzuteilen, daß er eigentlich häufig das Bedürfnis habe, für eine Zeitlang mal für sich alleine zu leben und wieder so richtig machen zu können, was er gerne wolle, daß er andererseits aber auch wisse, was er am Zuhause alles habe.

Auf unsere Frage, wie beide sich kennengelernt hätten und wie das Verhältnis zu den eigenen Eltern sei, übernimmt Frau I jetzt mit einem auffordernden Seitenblick an ihren Mann das Wort. Hinsichtlich der eigenen Ehe habe es nie Probleme mit den eigenen Eltern gegeben. Auch bei der Hochzeit seien die Eltern ihres Mannes gar nicht dabei gewesen, ihre Eltern hätten sich auch hinsichtlich ihrer früheren Freunde immer in der Beurteilung zurückgehalten. Heute würde man sich hin und wieder nochmal sehen, aber viel miteinander zu tun hätte man ansonsten nicht.

Auf die von uns ins Gespräch gebrachte Frage nach der Verteilung der Rollen in der Ehe übernimmt wiederum Frau I das Wort, erklärt, weshalb sie durch die berufliche Engspanntheit ihres Mannes den Haushalt und auch die Familienfinanzen in Ordnung halten und schließlich auch noch für die Gesunderhaltung ihres Mannes sorgen müsse.

Mit der wiederholten Frage an uns nach irgendwelchen Wünschen hinsichtlich eines Aperitifs oder einer Kleinigkeit zu essen gehen wir schließlich zur Verteilung der Fragebögen über, die beide Ehepartner, abwechselnd auf die Kinder aufpassend, nach zweimaligem Durchsehen und gewissenhafter Kontrolle der Antworten ausfüllen und an uns zurückgeben.

Nachdem wir die Untersuchung für beendet erklärt haben, lehnt sich Herr I mit einem Seufzer zurück, während Frau I uns eine Reihe von Fragen zum Interview stellt, zu der Art unserer Fragestellung und zu dem Sinn unseres Vorhabens.

Beispiel einer Familie mit einem als "phlobatich" charakterisierbaren Gichtiker

Familie Z wohnt in einem gepflegten, an der Peripherie der Stadt gelegenen Haus, welches Herr Z von seinen Eltern geerbt und im Laufe der Jahre Stück für Stück umgebaut und erweitert hat. Herr Z (63 Jahre) hat jahrelang eine eigene Gastwirtschaft geführt, die er jetzt aus Gesundheitsgründen (zunehmend häufige Gichtanfälle, Bluthochdruck, Herzbeschwerden) verpachtet hat. Frau Z (65 Jahre), Hausfrau und jahrelang Köchin im Betrieb des Mannes, ist seit ca. zwei Jahren nur noch zeitweise zuhause, die restliche Zeit verbringt sie bei der einzigen Tochter des Ehepaares, die nicht weit entfernt wohnt. Auf unsere gleich zu Beginn des Interviews gestellte Frage nach dem Grund ihrer häufigen Abwesenheit von zu Hause erklärt sie, daß sie wegen ihrer ständigen Migräneanfälle ihrem Mann nicht ständig zur Last fallen möchte und ihre Tochter froh sei, daß die Mutter, wenn es ihr schlecht ginge, zu ihr käme, anstatt daß diese umgekehrt ständig nach ihr schauen müsse. Auf unsere Frage, ob sie denn nicht lieber ihren Mann mehr in ihrer Nähe haben wolle, antwortet Frau Z zu unserem Erstaunen, daß sie es nicht wolle, daß ihr Mann ständig eine kranke Frau um sich habe.

Die Wohnung wirkt gepflegt eingerichtet; nachdem wir Platz genommen haben, bietet uns Herr Z sogleich einen Cognac an und verweist auf die Möglichkeit, zu jeder Zeit auch einen kleinen Imbiß zu erhalten. Das Gespräch wird von Herrn Z "im Namen auch seiner Frau" geführt. Unsere Fragen zur Anamnese und zum Behandlungsverlauf beantwortet Herr Z kurz und sachlich ohne jedes Gefühl von persönlicher Betroffenheit. Auf unsere Fragen nach der Verarbeitung der Krankheit gibt uns Herr Z immer wieder zu verstehen, daß ihn die Gicht nicht belaste und er sie nur spüre, wenn er einen Anfall bekomme. Das sei dann schlimm genug, aber mit Hilfe der Medikamente ließe sich so etwas heute ja wieder schnell in den Griff bekommen. Auf unsere Frage, welche Dinge die Familie zur Zeit des Krankheitsausbruchs und im Verlauf der letzten Jahre vor allem beschäftigt hätten, muß Herr Z länger überlegen, ehe er sich zu der Aussage durchringt, eigentlich sei bei aller Anstrengung alles noch immer sehr glatt gelaufen und letztlich habe er sich eigentlich von nichts überwältigen lassen. Frau Z wirkt etwas nachdenklich, steht dann auf, geht unruhig im Zimmer umher und gibt uns zu verstehen, daß sie sich "unwohl" fühle. Herr Z läßt sich davon nicht beeindrucken, erzählt von den Anstrengungen, die er mit der Gastwirtschaft in den letzten Jahren gehabt habe und betont immer wieder, daß er gewohnt sei, Lebenssituationen jeder Art zu bestehen. Im Grunde genommen

machte ihm das ständige Kranksein seiner Frau mehr Sorgen, er müsse da schon auf vieles Rücksicht nehmen und so viel unternehmen wie früher könne man auch nicht mehr. Als wir im weiteren Verlauf des Gesprächs das Verhältnis zum eigenen Elternhaus ansprechen (die Eltern beider Ehepartner sind inzwischen verstorben), erzählt uns Herr Z eigentlich nur, wie intensiv auch sein Vater habe arbeiten müssen. Frau Z schließt sich an dieser Stelle wieder dem Gespräch an und erklärt uns, daß in ihrer Familie viele Kinder gewesen seien und daß die Eltern jedem einzelnen nur sehr wenig Zuwendung haben zukommen lassen können. Geheiratet habe man damals eigentlich gegen den Wunsch der Eltern, irgendwie seien aber zumindest ihre Eltern froh gewesen, daß die Tochter einen anständigen Mann gefunden habe, wenn es auch nicht der gewesen ist, den sie sich vorgestellt haben. Herr Z gibt uns zu verstehen, daß er es für gut halte, daß die Kinder, wenn sie erwachsen sind, sehr schnell ihre eigenen Wege gehen sollten. Als Kind könne auch er sich an schöne Zeiten zu Hause erinnern, von irgendeinem Zeitpunkt an habe man die Welt dann aber mit ernsteren Augen sehen müssen. Im übrigen sei er dadurch viel in der Welt herumgekommen und habe lernen müssen, sich durchzuschlagen. Auf unsere Frage, was ihm seine Familie heute bedeute, meinte Herr Z, er sei gerne zu Hause, aber seine Frau müsse auch manchmal verstehen, daß er seine eigenen Interessen habe und nur, weil sie krank sei, nicht immer zu Hause bleiben könne. Er sei gerne unter Leuten, habe viele Freunde und sei Mitglied in vier Vereinen.

Auf unsere Frage nach der Rollenverteilung in der Ehe erklärt uns Herr Z, er sei es, wie sein Vater, gewohnt, die Familienfinanzen im Auge zu behalten. Seine Frau kümmere sich um Gemütlichkeit im Hause und ums Essen, so seien die Aufgaben schon richtig verteilt. Als Frau Z das Zimmer verläßt, um sich einige Tabletten gegen ihre Kopfschmerzen zu holen, erklärt Herr Z uns in einer Art Gespräch unter Männern, er habe in den letzten Jahren schon zwei außereheliche Beziehungen gehabt, von denen seine Frau nichts wisse, aber schließlich müsse man verstehen, daß er auch sein Leben leben möchte und er habe sich noch nicht vorstellen können, daß das bis ins hohe Alter immer nur zusammen mit der Familie ginge.

Zum Abschluß des Gesprächs, an dem auch Frau Z wieder teilnimmt, schenkt Herr Z noch Cognac und Kaffee ein, rät seiner Frau, sich jetzt ins Bett zu legen und bittet uns, ihr nicht mehr allzuvielen Fragen zu stellen, vieles brächte

sie durcheinander und es wäre jetzt auch besser, wenn er unsere Fragen beantwortete.

Irgendwie haben wir den Eindruck, Herr Z möchte das Gespräch an dieser Stelle am liebsten abbrechen.

Beispiel einer Familie mit einem an Morbus Bechterew erkrankten Familienmitglied

Ehepaar K (beide 48 Jahre) wohnt am Stadtrand in einer gepflegten Reihenhaussiedlung. Herr K öffnet uns beim Empfang die Tür, bekundet uns sein Interesse an unserem Kommen und gibt uns zu verstehen, daß er sich schon hinsichtlich der von uns zu erwartenden Fragen an ihn auf das Gespräch etwas vorbereitet habe, den Verlauf seiner Krankheit noch einmal gedanklich nachvollzogen habe und hoffe, uns mit seinen Antworten zufrieden zu stellen. Wir werden ins Wohnzimmer gebeten, Frau K hat schon Platz genommen und Herr K rückt noch einmal seine Krawatte gerade, ehe er sich, uns zuerst einen Platz anbietend, uns gegenüber in einen tiefen Sessel fallen läßt. Die Einrichtung des Wohnzimmers wirkt etwas düster, der Raum mit Möbelstücken leicht überfüllt, alles glänzt, so als habe man extra für unseren Besuch alles geputzt und gerade gerückt. Frau K, der das Überengagement ihres Ehemannes uns gegenüber offensichtlich etwas unangenehm erscheint, macht ihren Mann jetzt darauf aufmerksam, erst einmal unsere Fragen abzuwarten, worauf dieser sich, fast entschuldigend bei seiner Frau und bei uns, mit einem Seufzer in seinem Sessel zurücklehnt. Unsere Fragen nach Anamnese und Behandlungsverlauf bemüht sich Herr K korrekt zu beantworten, seine Frau korrigiert ihn mehrmals an verschiedenen Stellen. Mit deutlichem Leidensausdruck im Gesicht schildert uns Herr K die mit seiner Krankheit verbundenen morgendlichen Unannehmlichkeiten beim Aufstehen, die lange Zeit, die er brauche, um sich morgens fit zu machen und die vielen Untersuchungen, die er schon über sich habe ergehen lassen müssen. Überhaupt seien die letzten Jahre schwer gewesen, aber inzwischen habe er gelernt, wie man mit der Krankheit umginge und seitdem sei er sich sicher, daß er damit auch fertig wird. Frau K gibt uns zu verstehen, daß ihr Mann im Beruf sehr gefordert sei und Herr K nutzt die Gelegenheit, uns daraufhin ausführlich über die mit seinem Beruf verbundenen Anstrengungen (er ist Ingenieur) zu erzählen. In diesem Zusammenhang vergleicht er seine Krankheit auch immer wieder mit technischen Problemen, die man lösen kann, wenn man sich nur eingehend damit beschäftige.

Auf die Fragen von Frau K nach dem unserer Meinung nach möglichen Verlauf der Krankheit ihres Ehemannes und auf die von uns vorsichtig gegebenen Hinweise auf die typischen Chronifizierungstendenzen im Rahmen dieses Krankheitsbildes äußert sich auch Herr K in einer Art eigenem wissenschaftlichen Monolog, der in seinem Kern eine auffallende Fehleinschätzung über den Verlauf der Krankheit enthält. Fast kann der Eindruck entstehen, Herr K habe die wirkliche Realität seiner Krankheit durch ein selbst entworfenes Krankheitsbild ersetzt.

Hinsichtlich unserer Fragen nach der Beziehung zum eigenen Elternhaus, der Partnerwahl und der Bedeutung des Familienlebens betont Frau K vor allem die vielen gemeinsamen Unternehmungen mit ihrem Mann, die gelegentlich zu familiären Anlässen "lustigen Feiern" mit ihren Geschwistern und den Geschwistern ihres Ehemannes und die gemütlichen Abende, die sie beide zusammen mit lesen oder mit Kartenspiel verbrachten. Auf die Verteilung der Rollen innerhalb der Ehe angesprochen, meint Frau K, daß diese sich eben so ergeben würden, sie müsse sich halt zuhause um alles kümmern und ihr Mann habe verständlicherweise in seinem Beruf genug zu tun. Zuhause möchte sie es ihm dann auch bequem machen, denn häufig sei er sehr launisch und dann sehe sie es als eine ihrer Aufgaben an, seine Stimmung wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs werden wir von beiden immer wieder auf unsere Meinung zur Krankheit von Herrn K befragt, wobei wir den Eindruck gewinnen, daß beide eigentlich nur nach Argumenten Ausschau halten, die sie in ihrer Meinung bestätigen sollen.

5 DISKUSSION

5.1 Methodik

Das von uns praktizierte Modell der Kombination eines klinischen Untersuchungsverfahrens in Form eines Interviews mit einem testpsychologischen Verfahren in Form eines Fragebogens erscheint uns als eine geeignete Methode zur Untersuchung sozio- und psychodynamischer Krankheitsfaktoren in Familien mit "körperlich kranken Mitgliedern". Die in diesem Untersuchungsverfahren zur Anwendung kommende Kombination organischer, psychologischer, sozial-medizinischer und soziologischer Untersuchungsvariablen ermöglicht die Erfassung des interpersonellen familiären Beziehungsgefüges aus verschiedenen Perspektiven. Wie die einzelnen Bausteine eines Mosaiks können wir, bildlich gesprochen, bei der Betrachtung der Ergebnisse die aus unterschiedlichen Blickwinkeln gewonnenen Daten zu einem Gesamtbild zusammenfügen. Die Vorteile dieses Untersuchungsverfahrens liegen unseres Erachtens vor allem in der Vermeidung ausschließlich aus bestimmten Blickwinkeln gewonnener selektiver Perspektiven.

Wenn in dieser Untersuchung das Schwergewicht in der Auswertung auch durch eine empirische Vorgehensweise geprägt ist, soll darüber hinaus nicht unerwähnt bleiben, daß die Art und der Rahmen des durchgeführten Interviews und der Fragebogenerhebung eine Vielzahl von Beobachtungen zuließen, die mit dem von uns schwerpunktmäßig benutzten empirischen Auswertungsinstrumentarium nicht hinreichend erfaßt werden können und deshalb besser in Form mitgeteilter, persönlicher Beobachtungen des Untersuchers in die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse miteingebracht werden müssen.

Die Schwierigkeiten, die sich bei der Verwendung empirisch objektivierbarer Auswertungskategorien ergeben, bestehen zum einen in der begrenzten Aussagefähigkeit der Ergebnisse bei einer so geringen Zahl von Untersuchungseinheiten (Personen), wie uns für unsere Untersuchung zur Verfügung standen und zum anderen in der unzureichenden Erfassung des konkreten Einzelfalls (in unserem Fall der einzelnen Familie), dessen individuelle Eigenart selbst bei der Untersuchung "kleiner Zahlen" von Untersuchungsmerkmalen und differenzierter Darstellung der errechneten statistischen Untersuchungsergebnisse durch das Aufgehen in Mittelwerten immer eine gewisse Verfälschung erfährt.

Der Kritik an der "kleinen Zahl" glauben wir die Vielzahl der von uns untersuchten Variablen als Gegengewicht in der Diskussion entgegenhalten zu können; dem Einwand mangelnder Erfäßbarkeit aller persönlichkeitsrelevanter Merkmale der von uns untersuchten Personen durch das von uns benutzte empirische Beurteilungsinstrumentarium und der daraus resultierenden mangelnden Spezifität unserer Ergebnisse hinsichtlich der individuellen Eigenart der einzelnen Familien meinen wir mit einer ausreichenden Berücksichtigung der von uns gemachten Beobachtungen in der anschließenden Diskussion der Ergebnisse gerecht werden zu können. Im Folgenden soll auf die beiden hier benutzten Untersuchungsverfahren etwas näher eingegangen werden.

5.1.1 Zum Hausbesuchsinterview

Als zentrale Untersuchungsmethode wurde das halbstandardisierte (halbstrukturierte) Interview angewendet, welches dem Interviewer und den interviewten Personen ermöglicht, neben vorgegebenen (strukturierten) Fragenkomplexen auch der Situation entsprechende (unstrukturierte) Gedankengänge in das Gespräch einzubringen. Darüber hinaus eignen sich gerade die zuletzt genannten Gesprächsbestandteile für die Beobachtung von Variablen, die eine entsprechende Interaktionsdynamik der zu beobachtenden Personen erfassen sollen. Dieser Form von Befragung, die der nichtdirektiven Gesprächsführung nach ROGERS (60) und dem tiefenpsychologischen Interview ähnelt, haftet gegenüber den soeben genannten Methoden der Nachteil an, Merkmale der zu untersuchenden Personen nicht hinreichend "tief" und in der Regel in einer nur sehr begrenzten Zeit (Situationsabhängigkeit der beobachteten Variablen) beurteilen zu müssen. Hinsichtlich der Registrierung der schon oben erwähnten objektiven, subjektiven und szenischen Informationen, die es in einem Erstinterview von den interviewten Personen zu gewinnen gilt, sei mit ARGELANDER (2) darüber hinaus darauf verwiesen, daß als Instrument der Wahrnehmung einzig und allein die Persönlichkeit des Interviewers fungiert. Gerade die szenisch-situative Information ist praktisch unmittelbar an die Person des Interviewers und sein emphatisches Verständnis gebunden und niemals durch eine Wiederholung nachprüfbar.

Die Bedeutung des unterschiedlichen Erfahrungs- und Ausbildungsstandes des Interviewers für eine adäquate Erfassung der Information aus den verschiedenen Datenquellen des Gesprächs ist nicht zu unterschätzen. Man muß wissen, zu welchem Zeitpunkt der Gesprächssituation man Daten abfragen kann und wann

nicht. Es ist ein Unterschied, ob man sich am Anfang oder Ende des Interviews, außerhalb einer dynamisch eingefärbten Szene konkrete Auskünfte über konkrete Sachverhalte einholt oder sich in einer emotional spannungsgeladenen Situation des Interviews die Existenz eines ganz bestimmten Sachverhalts bestätigen läßt (2).

Daneben ist die aus den Sozialwissenschaften und der Tiefenpsychologie bekannte Problematik, daß Gesprächssituationen mit einem anderen Interviewer völlig anders verlaufen können und selbst der gleiche Interviewer mit verschiedenen Erwartungseinstellungen völlig andersartige Informationen erhalten kann, nicht weniger schwierig zu handhaben.

Für eine kontrolliertere Standardisierung der im Interview zur Geltung kommenden und uns interessierenden Informationen verwendeten wir Schätzskalen (Rating-Verfahren). Je intensiver allerdings diese sekundäre Bearbeitung faktischer Informationen im Rahmen einer "kontrollierten Beobachtung" betrieben wird, umso mehr entfernt sie sich gleichzeitig vom individuellen Bild der zu beobachtenden Personen und gelangt statt dessen zu einem idealtypischen Konstrukt des beobachteten Geschehens. Auf der anderen Seite werden die beobachteten Persönlichkeitsanteile durch dieses Vorgehen im Rahmen forschender Tätigkeit mit anderen Krankheitsbildern erst ausreichend vergleichbar. Für eine optimale standardisierte Einschätzung und Auswertung der Informationen aus einem mehr als einstündigen Interview mit mehreren beteiligten Personen ist es deshalb wichtig, auch nach Abschluß des Interviews den Kontakt mit der Interviewszene noch halten zu können oder die Rekonstruktionen szenisch zurückzuübersetzen und sich in lebendigen Beziehungsmodellen vorzustellen (2).

Hinsichtlich bestimmter Fragestellungen muß das Studium der Beobachtungsmerkmale allerdings gegebenenfalls mit anderen Mitteln fortgesetzt werden.

5.1.2 Zur Fragebogenerhebung

Als zweite Untersuchungsmethode wählten wir einen selbstentworfenen Fragebogen, mit dessen Hilfe wir eine Reihe von Informationen zu bekommen glaubten, die der Ergänzung der aus dem Interview gewonnenen Einsichten in das familiäre Geschehen der von uns untersuchten Familien dienen sollten. Der Fragebogen bietet den Vorteil, daß seine Auswertung, z.B. durch einen Computer, frei

von subjektiven Bewertungsfehlern und in dieser Hinsicht objektiven Verfahren ebenbürtig ist (13). Darüber hinaus beinhaltet die Befragung mit dem Fragebogen eine enorme Zeitersparnis. Subjektive Manipulationsmöglichkeiten von seiten des Befragten ergeben sich allerdings aus der Tendenz der Probanden, sich selbst in sozial erwünschter Weise zu schildern, bewußt vom Normenbereich abweichende Antworten zu geben, Fragen unreflektiert einfach mit "ja" zu beantworten und bei Antwortskalen bevorzugt neutrale (informationsarme) Antwortkategorien zu wählen (13). Es gibt kaum hinreichende methodische Absicherungen gegen solche Antworttendenzen. Neben einer Beachtung allgemeinbedeutsamer Bedingungen für eine ausreichende Gültigkeit der vom Befragten gegebenen Antworten (Auffassungsgabe des Befragten, Fähigkeit zu gültiger Stellungnahme und Bereitschaft zur ehrlichen Antwort) scheint uns die Bedeutung, die der Befragte dem Untersuchungsverfahren selbst zuerkennt, von nicht unerheblichem Einfluß. Dabei spielt die Persönlichkeit des Untersuchungsleiters (in unserem Fall des Interviewers) und das Verhältnis des Befragten zu diesem eine bedeutende Rolle. Die Reihenfolge des Einsatzes der von uns benutzten beiden Untersuchungsmethoden mit dem dadurch gegebenen, bereits vor der Fragebogenerhebung bestehenden Kontakt zwischen Befragtem und Interviewer schließt eine mangelnde compliance zwischen Untersuchungsleiter und Testperson als Ursache für eine mangelhafte Gültigkeit der gegebenen Antworten im Fragebogen weitestgehend aus. Mit einer schon erwähnten Ausnahme wurden die Fragebogen von allen an der Untersuchung teilnehmenden Personen in beiden Diagnosegruppen ohne Widerstand zu über 90 % vollständig beantwortet.

In einigen Fällen erwiesen sich einzelne Fragestellungen als für die persönliche Auffassungsgabe der befragten Personen zu schwierig. Wir haben es in solchen Fällen vorgezogen, die Fragestellung der betreffenden Person in einer ungestörten Umgebung zu erläutern und somit die Beantwortung zu erleichtern, statt die Beantwortung der Frage offen zu lassen. Letzteres hätte unter Umständen zu einer Verunsicherung und infolgedessen zu einer nachlassenden Motivation der befragten Person führen können.

Abschließend sei hier noch darauf hingewiesen, daß mit einem zeitaufwendigeren Vorgehen (z.B. zwei oder mehrere Interviews) sicherlich mehr beobachtbare individuelle Persönlichkeitsmerkmale und familiäre Interaktionsstrukturen an die Oberfläche getreten wären und somit einen tieferen Einblick in das familiäre Geschehen gewährt hätten. In vielen Fällen konnte man geradezu den Eindruck

gewinnen, daß erst nach einem ca. 1 1/2-stündigen Interview ein Großteil der "Gesprächsbarrieren" von seiten der Familien zum Interviewer hin überwunden waren und die anschließende Fragebogenerhebung den in Gang gekommenen Kommunikationsprozeß geradezu auf seinem Höhepunkt abzuwürgen schien. Da wir in anderen Fällen nach der genannten Zeit wiederum den Eindruck hatten, das Gespräch an einer akzeptablen Stelle zu beenden, hätte ein allzu großzügiges Eingehen auf die lebhafte Interaktionsdynamik in einigen Familien eine brauchbare Standardisierung unseres Vorgehens zu sehr in Frage gestellt. Es sei an dieser Stelle auch darauf verwiesen, daß unsere Praktik hinsichtlich des Untersuchungsortes, die Wohnung der untersuchten Familien zu wählen, von fast allen Familien begrüßt worden ist. Die meisten der Familien gaben hinsichtlich dieses Aspektes an, durch die nicht notwendig gewordene teilweise sehr lange Anfahrtszeit zur Klinik eher zur Teilnahme an der Untersuchung motiviert worden zu sein.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Diskussion der Ergebnisse des Hausbesuchsinterviews

5.2.1.1 Patientenauswahl und Kontrollgruppe

Das Verhältnis der von uns für die Untersuchung vorgesehenen Gichtpatienten zu den letztlich an der Untersuchung teilgenommenen beträgt 1 : 1 (Kontrollgruppe 1,3 : 1). Die 16 Gichtpatienten und 20 Patienten der Kontrollgruppe, die nicht an der Untersuchung teilgenommen haben, hätten evtl. das Gesamtbild des Ergebnisses verändern können. Dieses Risiko muß bei entsprechend angelegten Untersuchungen in Kauf genommen werden; es liegt im Rahmen der jeweiligen individuellen Entscheidungsfreiheit. Die Steigerung der Rücklaufquote durch das von uns eingesetzten Verfahren des "Erinnerungstelefonats" hat im Falle der Gichtpatienten zu einer Anhebung der Rücklaufquote um drei Teilnehmer (9 %) geführt. Das Ergebnis dieses von uns angewandten zusätzlichen Verfahrens zur Erhöhung der Rücklaufquote, welches dem in den Sozialwissenschaften üblichen "Mahnschreiben" bei Fragebogenerhebungen gleicht, liegt unterhalb der in der Literatur beschriebenen und mit diesem Verfahren erreichbaren Erhöhung der Rücklaufquoten von bis zu 20 % (64).

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob die geringe Motivation zur Mitarbeit der Gichtpatienten nicht im Sinne des in der Literatur beschriebenen (36, 66) für diese Gruppe typischen Krankheitsverhaltens zu interpretieren ist.

5.2.1.2 Organische Befunde

Hinsichtlich des Erstmanifestationsalters der Krankheit in der Gruppe der Gichtpatienten, welches in dem von uns untersuchten Kollektiv bei 39,2 Jahren lag, bestehen kaum Unterschiede zu Angaben über das durchschnittliche Erstmanifestationsalter bei Gichtpatienten in der Literatur, wo bei mehr als 50 % der Betroffenen das Auftreten des ersten Gichtanfalls für die Zeitspanne zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr beschrieben wird (46, 3). In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Gichtpatienten erheblich von den Indexpatienten der Kontrollgruppe, die im Durchschnitt zum Zeitpunkt der Erkrankung zehn Jahre jünger waren.

Ein für unsere Fragestellung nicht unwesentlicher Aspekt ist die Krankheitsdauer zum Zeitpunkt der Untersuchung, die bei etwa gleicher Altersstruktur in beiden hier untersuchten Diagnosegruppen im Falle der Gichtpatienten um etwa drei Jahre kürzer als bei den Indexpatienten der Kontrollgruppe ist.

Am häufigsten waren bei den untersuchten Gichtpatienten die Gelenke, speziell das Großzehengrundgelenk (75 %) betroffen, nach ZÖLLNER (85) und KLUSSMANN (35), die hier zum Vergleich angeführt werden sollen, 70 - 85 % (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Häufigkeit des Befalls des Großzehengrundgelenks beim ersten Gichtanfall (in Prozent)

Gichtpatienten dieses Kollektivs	Vergleich ZÖLLNER (85)	Vergleich KLUSSMANN (35)
75	75-85	70,7

13 % der Patienten wiesen eine Nephrolithiasis auf. Nach ZÖLLNER und GRÖBNER (89) sowie KLUSSMANN (35) liegen die Häufigkeiten einer Nephrolithiasis bei der Gicht zwischen 5 und 40 % bzw. um 14 %. Einen erhöhten Blutfettspiegel wiesen 13 % der Patienten auf (KLUSSMANN 56 %). Eine Hypertonie lag bei 25 % der Patienten vor; zum Vergleich sei hier LYDTIN (42) zitiert, der die Häufigkeit der Hypertonie bei Gichtpatienten mit 50 % angibt.

Funktionelle Beschwerden aus dem rheumatischen Formenkreis wiesen fünf (31 %) auf. In der Untersuchung von KLUSSMANN (35) gaben zehn (24,4 %) entsprechende funktionelle Beschwerden an (siehe Tabelle 20). Zum Vergleich der durchschnittlichen Zahl der Gichtanfälle, die in dem hier untersuchten Kollektiv bei 8,5 lag, sei hier nur die eben zitierte Untersuchung von KLUSSMANN angeführt, in der ein Durchschnittswert von 7,5 Anfällen bei etwa gleichem Erstmanifestationsalter der Erkrankung angegeben wird.

Tabelle 20: **Gicht und häufige Begleitbefunde (in Prozent)**

	Gichtpatienten dieses Kollektivs	Vergleichswerte aus der Literatur
Nephrolithiasis	13	20 (Zöllner u.Gröbner 89) 14,6 (Klußmann 35)
Hyperlipidämie	19	56 (Klußmann 35)
Hypertonie	25	50 (Lydtin 42)
Rheum.Beschwerden	31	24,4 (Klußmann 35)

Mit der Frage nach den Behandlungsformen sollte in etwa überprüft werden, welchen Beitrag die Gichtpatienten aktiv selbst (z.B. Diät) im Rahmen des eigenen Gesundheitsverhaltens leisten. Weniger als die Hälfte der Indexpatienten (44 %) erwähnt die Diät vor der medikamentösen Behandlung oder zumindest parallel dazu. Dieses Ergebnis einer mangelhaften "Diätcompliance" ist aus der Erfahrung im Umgang mit Gichtpatienten bekannt. Auffällig ist, daß die in Hinsicht auf unsere Fragestellung hier durchaus vergleichbare Kontrollgruppe den Wert eigenen aktiven Gesundheitsverhaltens (Bechterew-Gymnastik) in nur zwei Fällen (13 %) anerkennt. Wie noch aufzuzeigen sein wird, muß man diese Ergebnisse wohl am ehesten im Zusammenhang mit der beiden Gruppen von Indexpatienten gemeinsamen Verleugnungshaltung gegenüber der eigenen Krankheit interpretieren.

Hinsichtlich der Rolle der Ehefrau beim Umgang des Indexpatienten mit seiner Krankheit gaben über 50 % der Gichtpatienten an, überwiegend durch die Ehefrau auf die Einhaltung der notwendigen Behandlungsrichtlinien aufmerksam gemacht zu werden und nur zwei (13 %) geben an, das notwendige Gesundheitsverhalten aus eigener Motivation heraus aufbringen zu können. Dieses im Vergleich zur Kontrollgruppe annähernd entgegengesetzte Verhältnis gegenüber dem eige-

nen Krankheitsbewußtsein ist dann wohl auch auf dem gleichen Hintergrund wie die vorhergehende Fragestellung zu diskutieren. Obwohl in der Literatur in Bezug auf die Bedeutung, die ein Ehepartner für das Gesundheitsverhalten des anderen Ehepartners, der an einer chronischen Krankheit erkrankt ist, bisher keine vergleichbaren Aussagen vorliegen, sollte das hier vorliegende Ergebnis Anlaß sein, die Bedeutung der Ehefrau für die Therapieplanung bei Gichtpatienten deutlicher als bisher mitzuberechnen.

5.2.1.3 Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverhalten

Die Verarbeitung der Krankheit geschieht durch den Gichtpatienten überwiegend in einer kompensatorisch negierenden und verleugnenden Art. Dieses Verhalten konnte in der hier vorliegenden Untersuchung in 60 % der Fälle nachgewiesen werden. Damit können die Ergebnisse der Untersuchung von KLUSS-MANN (35, 36) bestätigt werden. Diesen Ergebnissen können wir als neuen Aspekt hinzufügen, daß in über 50 % der Fälle die Ehefrauen der Gichtpatienten eine ähnliche Einstellung zur Krankheit des Indexpatienten aufweisen. Das Verhalten der Ehefrauen ist in der Kontrollgruppe gänzlich anders, es entspricht in der Mehrzahl der Fälle eher einer verstärkten Zuwendung dem Ehemann gegenüber.

Hierzu ist vor allem zu sagen, daß die Krankheit des Gichtikers neben akuten und heute schnell behandelbaren Krankheitsexazerbationen mehr oder weniger lange völlig beschwerdefreie Intervalle aufweisen kann und heute wohl auch kaum noch zur Invalidisierung führen kann, während die ankylosierende Spondylitis auch heute noch in über 10 % der Fälle einen bis zum Endstadium (vollständiger Versteifung der Wirbelsäule, eventuell einschließlich der Kopfgelenke) chronisch fortschreitenden Verlauf nehmen kann und in 25 % der Fälle zur vorzeitigen Invalidisierung führt (27). Das Krankheitsbild der Gicht ist beherrschbarer, was den Verleugnungstendenzen der Gichtiker entgegenkommt und den Leidensdruck so weit reduziert, daß selbst für die nähere Umgebung des Patienten jede gefühlsmäßige Stimulation entfällt. Die Krankheit ist heute weder für den Gichtpatienten noch für seine Familie mit einem sichtbaren Risiko behaftet (54).

Dieser Hintergrund ist auch bei der Betrachtung der unterschiedlichen Gefühlsreaktionen der Ehefrauen in beiden Diagnosegruppen zu berücksichtigen.

Hinsichtlich den Lebensereignissen, die die Indexpatienten und ihre Ehefrauen im Zusammenhang mit dem Ausbruch und dem Verlauf der Krankheit ins Interview einbrachten, fällt die Bedeutung auf, die die Ehefrauen der Gichtpatienten ehelichen Problemen und dem beruflichen Leistungsdruck des Mannes zukommen lassen (jeweils 43 und 29 %). Auffallend ist auch, daß 43 % der Gichtpatienten im Gegensatz zu ihren Ehefrauen überhaupt keine besonderen Lebensereignisse aus dem Familienleben der letzten Jahre benennen können. Im Gegensatz zu den Indexpatienten der Kontrollgruppe, die in 80 % der Fälle selbst den eigenen beruflichen Leistungsdruck in das Gespräch einbringen, scheinen die Gichtpatienten auch hinsichtlich die Familie und sich selbst betreffender Konfliktsituationen in der Tendenz eine eher verleugnende Haltung einzunehmen. Dieser Eindruck bestätigte sich uns auch während des Interviews, in dem wir häufig beobachten konnten, daß viele der Gichtiker zu dem von den Ehefrauen angesprochenen Problemen kaum Stellung beziehen wollten, worauf die Ehefrauen sich meist enttäuscht oder resigniert in eine eigene Auslegung der Hintergründe der Probleme hineinzusteigern schienen.

Die der eigenen Krankheit und Konflikten gegenüber insgesamt harmonisierende Tendenz in der Grundhaltung der hier untersuchten Gichtikerpatienten entspricht auch das Verhältnis zu den derzeit behandelnden Ärzten. Entsprechend dem Verhalten der Indexpatienten und Ehefrauen in der Kontrollgruppe, welches wohl auch weitestgehend einem Spiegelbild der Einstellung des größten Teils der Bevölkerung unseres Landes gegenüber der Ärzteschaft entspricht, verhalten sich die Gichtiker und ihre Ehefrauen den behandelnden Ärzten gegenüber überwiegend vertrauensvoll und wenig kritisch.

5.2.1.4 Abhängigkeit und Selbständigkeit in den familiären Beziehungen

In diesem Fragenkomplex, in dem wir uns vor allem auch Fragen hinsichtlich der Bedeutung der eigenen Eltern für die Beziehung der von uns untersuchten Ehepartner widmeten, geht es vor allem um das Verhältnis von Abhängigkeit und Selbständigkeit der Ehepartner untereinander und im Verhältnis zu den eigenen Eltern. Beide Kategorien (Abhängigkeit und Selbständigkeit) stehen in einem unlösbaren Spannungsverhältnis, welches Bestandteil jeder Form sozialer Beziehungen ist (37).

In mehr als 80 % der Indexpatienten und Ehefrauen und in gleichem Maße wie in der Kontrollgruppe bestand zum eigenen Elternhaus eine ausgeprägte räumliche und emotionale Distanz. In den Gichtikerfamilien konnte man häufig den Eindruck gewinnen, daß vor allem der jeweils in der Ehe dominierende Ehepartner sehr starken Wert auf ein möglichst distanziertes Verhältnis zum eigenen Elternhaus und dem Elternhaus des anderen Ehepartners legte.

Auch hinsichtlich der Partnerwahl erschien ein schwer faßbares, aber unterschwellig durchaus spürbares überdistanziertes Verhältnis zur Meinung des eigenen Elternhauses zu bestehen. Entgegen der Kontrollgruppe, in der sich die Ehepartner in über 60 % der Fälle auf diesem Sektor gegen die eigenen Eltern haben durchsetzen müssen, schienen die Eltern der Gichtikerehepaare in der Hälfte der Fälle gar nicht erst den Versuch einer Einflußnahme gemacht zu haben. Es schien, daß viele der Familien, aus denen die von uns untersuchten Ehepaare stammten, die Kinder in eine Art recht früher "Selbständigkeit" entlassen haben und sich jeder Auseinandersetzung mit ihren Kindern dadurch gleichsam auch entzogen haben.

Auch hinsichtlich der Bewertung der eigenen Familie fällt vor allem bei den Gichtikern ein gestörtes Verhältnis zum familiären Beziehungsgefüge auf. Im deutlichen Unterschied zu den Indexpatienten der Kontrollgruppe war bei mehr als 50 % der Gichtiker eine zumindest unterschwellig stark ambivalente Einstellung gegenüber der eigenen Familie zu spüren. Einerseits schätzten viele Gichtiker den häuslichen Rahmen und die Familie als eine Art "Zufluchtsstätte" vor dem harten Dasein im Alltag hoch ein, andererseits war häufig eine latente Unzufriedenheit, verbunden mit dem Wunsch nach "Ausbruch aus familiären Zwängen", kaum zu verkennen. Hier schien es deutlich so zu sein, daß die Ehefrauen und auch die Kinder in Form eines starken Gegengewichts diesen Tendenzen der Gichtiker entgegenwirkten. Nicht selten schien es so, daß nach einer zurückliegenden Zeit gemeinsamen Aufbaus von materiellem Wohlstand für die Familie der Gichtiker sich einem unbewußten Zwang ausgesetzt fühlte, einen Teil seiner Identität in einer Art Nachholbedürfnis im außerfamiliären Bereich nachzugehen.

5.2.1.5 Rollenverteilung zwischen den Ehepartnern

Die Verteilung der Rollen in der Beziehung der Partner zueinander entspricht in der Gruppe der Gichtikerehepaare bei grober Betrachtung dem gesellschaftlich

gängigen Klischee: Die Indexpatienten dominieren stark im aufgabenbezogenen, die Ehefrauen im expressiv-gefühlhaften Bereich. Indexpatienten und Ehefrauen der Kontrollgruppe verhalten sich in beiden Bereichen genau entgegengesetzt. Ein partnerschaftliches Verhältnis ist in beiden Diagnosegruppen selten.

Versucht man die Gichtikerfamilien anhand der oben dargestellten charakteristischen Interviewbefunde in die sich daraus ergebenden zwei Untergruppen einzuteilen, gelangt man anhand der Persönlichkeitsstruktur der Indexpatienten zu zwei Subgruppen, die den von KLUSSMANN (35) beschriebenen Gichtikergruppen mit einerseits "oknophilen" oder andererseits "philobatischen" Charakterzügen entsprechen. Untersucht man daraufhin das für diese beiden Subgruppen typische Rollenverhalten auf instrumenteller und emotional-expressiver Ebene, zeigen sich hier für beide Gruppen völlig unterschiedliche Rollenverhaltensweisen.

Während die Gichtiker mit oknophilen (anklammernden) Charakterzügen entsprechend der für sie typischen frühkindlich erlebten Objektbeziehungen aus ständiger unbewußter Angst vor drohendem Objektverlust eigene expansive (aggressive) Tendenzen gegenüber dem Ehepartner vermeiden, neigen die Gichtiker mit einer "philobatären", Objekte eher vermeidenden Einstellung zu einer unabhängigen vom Ehepartner gestalteten Selbstverwaltung aller familiären entscheidenden Aufgabenbereiche.

Entsprechend umgekehrt gestaltet sich in beiden Gruppen das emotionale Rollenverhalten. Während die oknophilen Gichtiker im Vergleich zu ihren Ehefrauen den emotionaleren (wenn auch infantileren) Teil darstellen, überlassen die philobatischen Gichtiker das emotionale, ihre Abwehrmechanismen in Frage stellende Agieren eher den Ehefrauen.

5.2.1.6 Individuelle Psychopathologie

Bei Betrachtung der Ergebnisse, die die Einschätzung der beiden Subgruppen im Rahmen der Psychopathologieskala erbrachte, wird deutlich, daß der Umfang der für einen Beobachter faßbaren neurotischen Verhaltensweisen in Familien mit philobatisch zu charakterisierenden Ehemännern gegenüber den Familien mit charakteristisch oknophilen erheblich höher ist (Mittelwerte 0,5 = unauffällig gegenüber 2,2 = manifeste Neurose).

Als eine weitere Auffälligkeit kann gelten, daß die Ehefrauen in den "philobatischen Familien" offensichtlich weniger als die Indexpatienten in der Lage sind, intrapsychische und interpersonelle Konflikte zu kompensieren. In der Einschätzung auf der Psychopathologieskala erreichten die Ehefrauen dieser Gruppe gehäuft einen höheren Einschätzwert (im Mittel 2,7). Der höhere Mittelwert kam dadurch zustande, daß wir nicht selten an Sucht und an Borderline-Störungen grenzende Verhaltensweisen unter den Ehefrauen dieser Gruppe feststellen konnten.

Die hier beschriebenen Beobachtungen lassen sich offensichtlich am ehesten mit dem von RICHTER (59) beschriebenen Konzept der "familiären Symptomneurose" interpretieren. Nach diesem Konzept kann ein Mitglied der Familie zu Träger familiärer Spannungen und Konflikte werden, während der andere Teil der Familie den Druck innerfamiliärer Konflikte so lange an dieses Familienmitglied weiterleitet, bis es dekompenziert.

Die Frage, inwieweit in diesen Fällen der andere Teil der Familie (in unserem Fall der Gichtiker) zusätzlich Konfliktspannung auf der Körperebene austrägt, was nach MITSCHERLICHs Konzept der "zweiphasigen Abwehr" (48) evtl. zu erwarten wäre, müßte durch eine weiterführende Untersuchung unter Einbeziehung eines Vergleichs etwa der Anfallshäufigkeit zwischen den beiden hier dargestellten Subgruppen einer Klärung unterzogen werden.

5.2.1.7 Familiäre Interaktionen

Im Falle der Beurteilung der familiären Interaktionsprozesse während des Interviews erwies sich die von uns gewählte empirische Vorgehensweise als in doppelter Hinsicht problematisch. Zum einen kann durch eine Gesamteinschätzung der Beiträge aller Familienmitglieder zum familiären Interaktionsprozeß der Nachteil einer reinen Summierung der individuellen Beiträge zwar weitestgehend vermieden werden, zum anderen ergeben Gesamtbeurteilungen familiärer Interaktionsprozesse bei einer Übertragung auf empirisch auswertbare Schätzskaleten immer Mittelwerte, die sich aus recht unterschiedlichen Abweichungen in den Beiträgen einzelner Familienmitglieder zusammensetzen. Darüber hinaus verfälscht eine ausschließliche Betrachtung des Gesamtmittelwerts auf einer Schätzskalet, die sich aus zwölf Variablen zusammensetzt, unter Umständen extra zu beurteilende relevante Abweichungen im Rahmen einzelner Variablen.

So liegen bei dem von uns verwendeten Familieneinschätzungsbogen zwar alle Gichtikerfamilien in der Mitte (Mittelwert 3,2) einer von 1 - 5 (1 = neurotische familiäre Interaktionen; 5 = psychosomatische familiäre Interaktionen) reichen Skala zur globalen Differenzierung zwischen neurotischen und psychosomatischen Interaktionsformen, doch entsteht bei differenzierterer Betrachtung der Abweichungen in den einzelnen Variablen ein durchaus diskussionswürdiger anderer Eindruck.

Hier fällt auf, daß die in den Gichtikerfamilien von uns als gering eingeschätzte Fähigkeit zur Entwicklung familiärer Kommunikation, dem adäquaten Ausdruck von Gefühlen, dem Austragen von Konflikten und die insgesamt niedrige Gesprächsbeteiligung neben den überwiegend unauffälligen anderen Variablen isoliert durchaus Interpretationen etwa im Sinne der in der Literatur beschriebenen und für die psychosomatische Störung charakteristischen alexithymen Verhaltensweisen (69) zulassen.

Dies entspricht auch durchaus dem Eindruck, den man im Interview in vielen der Gichtikerfamilien gewinnen konnte. Auffallenderweise waren viele der von uns interviewten Familienmitglieder nicht in der Lage, in differenzierter Form die Gefühle anderer Familienmitglieder wahrzunehmen, die eigenen Gefühle angemessen zu beschreiben oder auszudrücken. Der Rahmen der familiären Kommunikation erschien auffallend begrenzt.

5.2.1.8 Wohnatmosphäre - Bewirtung - Stimmung während des Interviews

Im Gegensatz zur Kontrollgruppe kann für die Gichtikerfamilien gesagt werden, daß hinsichtlich der Einrichtung und der Bewirtung des Interviewers die "Gemütlichkeit", eine gewisse "orale Bedachtsamkeit" und in den "oknophilen Familien" eine Art "naiv-infantile Grundstimmung" gegenüber unserem Untersuchungsvorhaben vorherrschte. Beide Ehepartner legten meist sehr viel Wert auf eine heimische Atmosphäre, in der man sich wohl fühlen kann und in die man sich vom "Alltagsstreß" zurückziehen kann. Zwischen den beiden Subgruppen innerhalb der Gichtikerehepaare bestand der Unterschied vor allem darin, daß die oknophilen Gichtiker die häusliche Atmosphäre überwiegend in Gemeinsamkeit mit ihren Ehefrauen zu gestalten versuchten, während die philobatischen Gichtiker die emotional-szenische Ausgestaltung des häuslichen Milieus überwiegend an ihre Ehepartner delegiert zu haben schienen.

Das mit zunehmender Dauer des Interviews in beiden Subgruppen gelegentlich spürbare Konkurreren des jeweils dominanteren Eheteils mit dem Interviewer ist am ehesten als ein in Infragestellungssituationen in den Vordergrund tretender Aspekt zu verstehen, der sich mit dem von RICHTER (59) beschriebenen Konzept der "familiären Charakterneurose" erklären läßt. Eine für die Familie nicht zu bewältigende Konfliktsituation wird von den Familienmitgliedern in eine bestimmte Haltung gegenüber Drittpersonen übertragen, wobei das jeweilig am meisten unter dem Konflikt leidende Familienmitglied nicht selten das in der Familie dominanteste ist. Die von den Gichtikerfamilien anfänglich ausgestrahlte Gemütlichkeit und Offenherzigkeit wird häufig an einem bestimmten Punkt von den philobatischen Gichtikern oder den Ehefrauen der oknophilen Gichtiker in der Kommunikation gegenüber Außenstehenden abgebrochen. Diese Beobachtungen ähneln den von KLUSSMANN (35) gewonnenen Eindrücken bei Gichtikern im tiefenpsychologischen Interview.

5.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Fragebogenerhebung

5.2.2.1 Soziale Faktoren

Entsprechend der in der Literatur gemachten Angaben hinsichtlich des Verhältnisses von Männern zu Frauen bei der Gicht, welche eine Spannweite zwischen 3 und 20:1 (46) umfassen, handelte es sich bei unserem Untersuchungskollektiv, wie nicht anders zu erwarten war, im Falle der Indexpatienten ausschließlich um Männer.

Das Alter der Indexpatienten und ihrer Ehefrauen kommt in unserer Untersuchung auf zweierlei Weise zum Tragen. Obwohl der Altersgipfel der Patienten mit Morbus Bechterew den Angaben aus der Literatur zufolge (50) zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr zu erwarten gewesen wäre, liegt er in der von uns untersuchten Population nahe dem Durchschnittsalter der Gichtpatienten (sehr alte und sehr junge Indexpatienten waren in beiden Diagnosegruppen selten).

Als Erklärung bietet sich hier allerdings die gegenüber den Gichtpatienten längere Zugehörigkeit der Bechterewpatienten zum Patientengut einer Universitätsklinik an.

Die annähernd gleiche Altersstruktur der Indexpatienten und auch der Ehefrauen in den beiden Diagnosegruppen und die schon oben erwähnte annähernd gleiche Krankheitsdauer ermöglicht zum anderen eine bessere Vergleichbarkeit der uns in dieser Untersuchung hauptsächlich interessierenden psychosozialen Krankheitsfaktoren.

In Bezug auf den Bildungsgrad und den beruflichen Status weichen beide Gruppen kaum voneinander ab. Selbständige oder leitende Angestellte sind in beiden Gruppen selten. Für die Gichtpatienten läßt sich darüber hinaus sagen, daß, zumindest anhand des beruflichen Status, der aus der klinischen Arbeit bekannte Eindruck, daß Gichtiker heute nicht mehr bevorzugt der Oberschicht angehören, bestätigt werden kann.

Die Schulbildungen der Ehefrauen sind in beiden Gruppen deutlich niedriger als die der Indexpatienten. Ebenfalls sind nur wenige der Ehefrauen in beiden Gruppen berufstätig. Insgesamt dürfte es sich in diesem Fall um eine Widerspiegelung des in unserer Gesellschaft gängigen unterschiedlichen Bildungsstatus zwischen Männern und Frauen handeln.

Auch hinsichtlich der Art der einzelnen Berufe in der Gruppe der Gichtiker läßt sich kein bevorzugter Personenkreis ausmachen. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe und in Übereinstimmung mit den Angaben in der Literatur über die heutige Verbreitung der Gicht in allen gesellschaftlichen Gruppen ist eine bestimmte Berufsrichtung unter den Gichtikern nicht auszumachen.

Die Gichtikerfamilien stellen mit in der Regel im Mittel 1,5 Kindern gegenüber der Kontrollgruppe eher größere Familien dar, ähneln aber hinsichtlich der Zusammensetzung der Familie der zuletzt genannten Gruppe, d.h. insgesamt handelt es sich in allen Fällen um Kernfamilien ohne im Haushalt lebende Angehörige oder Freunde und Bekannte.

Bei einer durchschnittlichen Kinderzahl von 1,5 in den Gichtikerfamilien und einem durchschnittlichen Wohnraumumfang von 4,5 pro Familie unterscheiden sich die Gichtikerfamilien kaum von den Familien der Kontrollgruppe, die in etwa die gleichen Angaben über ihre Wohnverhältnisse machten.

Auf dem Sektor der Verwaltung der Familienfinanzen fällt für die Gichtikerfamilien in deutlicher Abhebung von der Kontrollgruppe ein mangelndes partnerschaftliches Verhältnis auf diesem Sektor der ehelichen Beziehungen auf. Auch innerhalb der beiden Subgruppen der Gichtikerfamilien wird die hier diskutierte Aufgabe hauptsächlich von dem Ehepartner wahrgenommen, der auch hinsichtlich des aufgabenbezogenen Rollenverhaltens in der Ehe dominiert.

Insgesamt setzte sich auch in dieser Fragestellung innerhalb der Gichtikerfamilien gegenüber der Kontrollgruppe eine leichte Tendenz zu extremeren Rollenfixierungen und weniger fließenden Übergängen im Umgang der Ehepartner miteinander fort.

5.2.2.2 Medizinische Daten

Wir gingen hier einmal der Frage nach, in welchem Umfang Krankheiten und körperliche Beschwerden in den von uns untersuchten Familien anzutreffen sind und fragten zum anderen, welcher Art die hauptsächlichen Beschwerden sind und welche Form der medizinischen Versorgung von den Familien wahrgenommen wird. Uns interessierte dabei vor allem die Frage, inwieweit in den Gichtikerfamilien über die Grundkrankheit des Indexpatienten hinaus bestimmte andere Krankheiten besonders häufig angetroffen werden und welche Rolle verschiedenste körperliche Beschwerden in den Gichtikerfamilien spielen.

Hinsichtlich der für die Gicht besonders interessanten Frage nach dem Körpergewicht der Gichtpatienten kann für das hier untersuchte Patientenkollektiv gesagt werden, daß, gemessen an der Broca-Formel, sechs Patienten (50 %) übergewichtig waren. In der Literatur wird der Prozentsatz mit über 50 % und mehr der Betroffenen (82) angegeben. Keinerlei Untersuchungen liegen bisher über die Körpergewichtsverhältnisse bei Ehefrauen von Gichtikern vor, obwohl Ernährungsgewohnheiten in sehr starkem Ausmaße in der Familie zum Tragen kommen.

In unserer Untersuchung stellten wir bei den Ehefrauen der Gichtpatienten in ebenfalls sechs Fällen (40 %) Übergewichtigkeit fest. In davon drei Fällen (50 %) entstammten die Indexpatienten und die Ehefrauen jeweils identischen Familien.

Auffallend ist die auf die Frage nach belastenden Begleiterkrankungen von den Gichtpatienten in fünf Fällen (33 %) gemachte Angabe über funktionelle Beschwerden aus dem rheumatischen Formenkreis. Die Frage, inwieweit es sich hierbei um Beschwerden mit eindeutig "organischer Ursache" handelt oder vielleicht um eine psychosomatische Äußerung verdrängter expansiver Impulse (35), kann in dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden.

Wegen des Fehlens objektiver Informationsquellen, wie etwa der Kartei des Hausarztes, kann auch in den sechs Fällen (40 %) unter den Gichtpatienten, die keine für sie belastende Erkrankung für die letzten Jahre benennen wollten, nicht abschließend geklärt werden, ob es sich hierbei um die bereits in der Literatur und an anderer Stelle unserer Untersuchung erwähnte Tendenz vieler Gichtiker handelt, körperliche Krankheiten im Sinne einer psychischen Abwehrhaltung zu verleugnen.

Auffällig ist in diesem Punkt allerdings, daß dazu entgegengesetzt fast alle Ehefrauen der Gichtpatienten subjektiv stark belastende Erkrankungen für die letzten Jahre benennen können und daß es sich dabei zu einem Drittel um Erkrankungen aus dem neurologisch-psychiatrischen Bereich handelt (vor allem Migräne, Schlafstörungen etc.). Bei Hinzuziehung der Ergebnisse bei der Einschätzung der individuellen Psychopathologie kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Ehefrauen der Gichtiker insgesamt zum Symptomträger innerhalb der ehelichen Beziehung delegiert sind.

Dazu würden auch die gegenüber den Gichtpatienten häufigeren Konsultationen der Gichtikerehefrauen bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten sprechen (Verhältnis 3:1). Die hier angesprochene Tendenz wird bei Betrachtung der Auswertung der Beschwerdenliste noch deutlicher. Die Zahl der von den Ehefrauen der Gichtpatienten angegebenen Beschwerden (Mittelwert 13,1) ist deutlich höher als die von den Ehefrauen der Kontrollgruppe angegebene Beschwerdezahl (Mittelwert 9,2). Erhebliche und starke Beschwerden werden von den Ehefrauen der Gichtpatienten im Mittel doppelt so viele genannt wie von den Ehefrauen der Kontrollgruppe.

Ein im umgekehrten Sinne ähnliches Verhältnis stellt sich bei einem Vergleich der von den Indexpatienten angegebenen mittleren Beschwerdezahl dar (Gichtiker 10,5 / Bechterewpatienten 15,4).

Die im Verhältnis zu den Ehemännern insgesamt höhere "Klagsamkeit" der Gichtikerehefrauen kommt durch die Angaben der Ehefrauen von Gichtikern mit philobatischen Zügen zustande (Mittelwerte 7,3 gegenüber 14,1). Genau umgekehrte Angaben über die Anzahl der Beschwerden machen die Ehepartner in den Ehen mit oknophilen Gichtikern (Mittelwerte 13,0 gegenüber 9,9).

Die innerhalb der beiden Subgruppen der Gichtikerfamilien entgegengesetzt verteilten Symptomträgerrollen lassen sich in verschiedener Hinsicht interpretieren (77). So könnten eine Krankheit oder anhaltende Beschwerden für den jeweiligen "Symptomträger" bedeuten, von familiären und beruflichen Anforderungen, Pflichten und Verantwortungen entlastet zu werden und somit auch von Konflikten durch Versuchungs- und Gefahrensituationen dispensiert zu werden. Der Symptompfleger wiederum kann sich dem Symptomträger gegenüber nachgiebiger verhalten, weil er diesen nicht als vollwertig betrachten muß und vieles von dem, was dieser sagt, als krankheitsbedingt abtun kann. Unserem Eindruck zufolge wurde diese Form der Ehepaarinteraktion häufig zwischen Gichtikern mit oknophilen Zügen und ihren Ehepartnern praktiziert. Innerhalb einer Ehe, in der ein Ehepartner beständig über Beschwerden und Krankheiten klagt, kann der andere Ehepartner sich durch dieses Verhalten auch selbst eine eigene Überlegenheit bestätigen und sich narzißtisch aufwerten. Einen solchen Eindruck konnte man vor allem von den Gichtikern mit philobatischen Charakterzügen gewinnen.

Hinsichtlich unserer Frage nach den Hauptbeschwerden wird deutlich, daß es sich bei einem Großteil der Beschwerden des jeweils als Symptomträger fungierenden Eheteils innerhalb der Subgruppen der Gichtikerfamilien um neurologisch-psychiatrische Beschwerden (Migräne, Schlafstörungen, ungeklärte Angstzustände) oder unspezifische Beschwerden (Kopfschmerzen, Müdigkeit, Mattigkeit, übermäßiges Schlafbedürfnis) handelt.

Inwieweit sich bei dem hohen Anteil dieser Beschwerdenkomplexe beim jeweiligen hauptsächlichen Symptomträger Zusammenhänge zu einer dem evtl. zugrunde liegenden "larvierten Depression" herstellen lassen (9) oder die Art der Beschwerden hauptsächlich als Ausdruck einer unterschwelligten ehelichen Spannungssituation (Streß) zu verstehen ist (77), kann mit den von uns angewandten Methoden nicht abschließend geklärt werden.

Der hohe Anteil von der Grundkrankheit unabhängiger Beschwerden aus dem Bereich des Geh- und Bewegungsapparates in der Gruppe der philobatischen Gichtpatienten ließe sich tiefenpsychologisch allerdings recht gut mit der Eigenart dieser Charakterstruktur verbinden (4, 35).

Mehr als jeweils 20 % der befragten Gichtpatienten und ihrer Ehefrauen geben an, neben der Behandlung durch die traditionelle Schulmedizin Heilpraktiker zu konsultieren. Diese Angaben liegen zwar in ihrer Häufigkeit noch unter der der Indexpatienten aus der Kontrollgruppe (>40 %), machen aber deutlich, daß ein vertrauensvolles Verhältnis zu den behandelnden Ärzten auch in einer Vielzahl der Gichtikerfamilien einen Rückgriff auf Vertreter anderer Heilberufe nicht ausschließt.

5.2.2.3 Die Familie als soziales System

In dieser mehr soziologischen Betrachtungsweise der Familie interessierte uns die Einstellung, die die Ehepartner im Rahmen verschiedener familiärer Funktionen dem familiären Beziehungsgefüge beimessen.

Anhaltspunkte für ein besonderes berufliches Leistungsverhalten der Gichtpatienten erhielten wir nicht. Zwei Drittel aller Gichtiker geben an, momentan täglich nicht mehr als acht Stunden vom Beruf beansprucht zu sein.

Interessanterweise gelangten wir über die Frage nach dem personellen Rahmen, in dem die Ehepartner ihre Freizeit verbringen, zu aufschlußreichen Hinweisen bezüglich der Zeit, die die Gichtpatienten ihrer Familie widmen. Mehr als die Hälfte der Gichtiker (53 %) verbringt in deutlichem Gegensatz zu den Ehefrauen und zu den Indexpatienten in der Kontrollgruppe die Freizeit überwiegend außerhalb der Familie.

Auch auf die Frage nach dem personellen Rahmen, in dem die einzelnen Ehepartner einem eventuellen Hobby nachgehen, bestätigt sich für die Gichtiker in der weit überwiegenden Zahl der Fälle (80 %) deren gegenüber den Ehefrauen und der Kontrollgruppe stärkere außerfamiliäre Orientierung.

An dieser Stelle sei noch einmal betont, daß die durch unsere Fragen gewonnenen Eindrücke nicht isoliert interpretierbar sind, sondern in ihrer Gesamtheit eine Tendenz wiedergeben sollen, die wir aus den Antworten auf alle von uns gestellten Fragen abzuleiten versuchen. In diesem Zusammenhang spiegelt die beobachtete ambivalente Familienbindung des Gichtikers aus unserer Sicht auch eher dessen unbewußten Konflikt zwischen expansiven Tendenzen und Geborgenheitswünschen wider und verweist weniger auf eine gegenüber den Ehefrauen größere Fähigkeit zur Pflege von Sozialkontakten.

Auf unsere Fragen nach der jeweiligen Einstellung zur Erziehung der Kinder überwiegen in den Gichtikerfamilien und in der Kontrollgruppe die Zustimmungen zu einem partnerschaftlichen Erziehungsstil, in dem den Kindern je nach ihrem Entwicklungsalter eigene Verantwortungsbereiche zuerkannt werden sollen.

Inwieweit sich bei der Beantwortung dieser Frage ein Widerspruch gegenüber den sonst beobachteten starren Rollenfixierungen innerhalb der Gichtikerfamilien aufzeigt, läßt sich wegen der geringen Einblicke, die wir in das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern gewinnen konnten, hier nicht abschließend beurteilen.

In einem ähnlichen Widerspruch stehen auch die Antworten auf unsere Fragen hinsichtlich des Verhältnisses der Ehepartner zur eigenen Geschlechtsrolle. Auch hier geben beide Ehepartner innerhalb der Gichtikerfamilien ein partnerschaftliches Verhältnis in Bezug auf die Wahrnehmung verschiedener Aufgaben im Haushalt und in der Kindererziehung an, ohne an herkömmlichen Rollenklischees fixiert zu sein, obwohl dies unseren Eindrücken anhand anderer Fragestellungen deutlich widersprach.

5.2.2.4 Ernährungs- und Konsumverhaltensweisen

Dem Eßverhalten der Gichtiker ist bisher in der Literatur nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Lediglich in einigen Arbeiten (28, 35, 39) sind die Ernährungs- und Genußverhaltensweisen bei Gichtikern näher untersucht worden.

Über die in diesem Zusammenhang nicht unerhebliche Rolle der Familie des Gichtikers gibt es bisher keinerlei Untersuchungen. ZÖLLNER (85) vermutet, daß die vermehrte Nahrungsaufnahme bei Übergewichtigen auch zu einer vermehrten Aufnahme von Purinkörpern führe und dies bei Personen mit einem angeborenen Defekt im Harnsäurestoffwechsel zu einer überdurchschnittlichen Erhöhung des Harnsäurespiegels führe. KLUSSMANN (35) konnte für die von ihm untersuchten Gichtiker nachweisen, daß sie signifikant häufiger als seine Kontrollgruppe selbst gerne kochten, besonderen Wert auf einen gut gedeckten Tisch legten und es als eine ihrer großen Freuden im Leben betrachteten, gut zu essen.

Die in der Literatur beschriebenen Untersuchungsergebnisse hinsichtlich des EB-verhaltens der Gichtiker konnten von uns zum großen Teil bestätigt werden. Die Fragen "Kochen Sie gerne?" und "Ist es eine Ihrer großen Freuden im Leben, gut zu essen?" werden von den Gichtpatienten gegenüber den Indexpatienten der Kontrollgruppe häufiger mit ja beantwortet. Der Unterschied in der Beantwortung der letzten Frage ist signifikant. Während die Ehefrauen bei der Beantwortung der ersten Frage in beiden Diagnosegruppen deutlich häufiger als ihre Ehemänner Interesse am Kochen bekunden, fällt die Zustimmung der Gichtikerehefrauen auf die Frage "Ist es eine Ihrer großen Freuden im Leben, gut zu essen?" eher geringer als bei den Ehemännern aus (74 % gegenüber 93 %).

Auf unsere Frage hinsichtlich der täglichen EBzeiten fällt auf, daß fünf (33 %) der Gichtiker und ebensoviele Ehefrauen dieser Gruppe tägliche EBzeiten von mehr als zwei Stunden angeben. Bei einer Unterteilung der Gichtiker in die beiden erwähnten Subgruppen wird darüber hinaus deutlich, daß jeweils vier der Indexpatienten und der Ehefrauen mit diesen EBzeiten aus zusammengehörigen Ehepaaren in der Gruppe der "philobatischen Familien" stammen. Innerhalb dieser Gruppe liegt somit bei mehr als der Hälfte der Ehepaare hinsichtlich der Ausdehnung der täglichen Mahlzeiten ein synchrones EBverhalten der beiden Ehepartner vor.

Ein besonderes Interesse am Besuch von Lebensmittelabteilungen, Feinkostgeschäften und Märkten gaben 50 % der befragten Gichtikerehepaare an. Entsprechende Antworten wurden von den Indexpatienten und den Ehefrauen in der Kontrollgruppe signifikant weniger gegeben.

Aufgrund der hier erhobenen Befunde ist anzunehmen, daß das bei auffällig vielen Gichtikern vorhandene besondere Interesse am Kochen, am guten Essen und an einer möglichst ausgedehnten Mahlzeit in einem Großteil der Fälle von den jeweiligen Ehefrauen mitvollzogen wird. Inwieweit es sich dabei im Falle der Ehefrauen nur um eine passive Anpassungsleistung an die besonderen Genußverhaltensweisen des Ehemannes handelt oder aber um synchrone Genußinteressen, konnten wir in unserer Untersuchung nicht klären.

Für die Behandlung des Gichtikers im klinischen Alltag erscheint uns allerdings wichtig, daß der Bedeutung der Ehefrau im Rahmen des Gesundheitsverhaltens des Gichtikers eine nicht zu unterschätzende Rolle zukommt.

Die in der Literatur (32, 34) gelegentlich vertretene Ansicht, daß der Gichtiker auf psychische oder physische Streßsituationen mit einer vermehrten Nahrungsaufnahme reagiere, konnten wir bei fast der Hälfte der von uns befragten Gichtiker bestätigen. Unter den Ehefrauen gab ein Drittel der Befragten an, in Streßsituationen (Ärger, Aufregung, Erschöpfung) eher mehr zu essen. Eine solche Angabe wurde in keinem Fall von den Indexpatienten und Ehefrauen in der Kontrollgruppe gemacht.

Geht man davon aus, daß vermehrte Nahrungsaufnahme in Streßsituationen eine Form von Ersatzbefriedigung für verdrängte Bedürfnisse nach Geborgenheit, Liebe etc. darstellt (9), dann steht dieses Ergebnis in einem gewissen Gegensatz zu der von KLUSSMANN (35) vertretenen Ansicht, nach der der Gichtiker sich gegenüber dem Fettfreßsüchtigen gerade dadurch auszeichnet, daß er esse, ohne damit ein anderes Bedürfnis zu "betäuben". Hierzu kann allerdings auch gesagt werden, daß anzunehmen ist, daß die Gichtiker in Hinsicht auf das EB-verhalten in Streßsituationen ähnlich wie die Fettsüchtigen eine nicht ganz einheitliche Persönlichkeitspopulation darstellen.

Auffallend bei der Beantwortung der hier diskutierten Frage ist der gegenüber der Kontrollgruppe hohe Prozentsatz der Ehefrauen in den Gichtikerehepaaren, die angeben, in Streßsituationen vermehrt Nahrung zu sich zu nehmen. Da wir über die Persönlichkeitsstruktur der Ehefrauen mit dem von uns angewendeten Untersuchungsverfahren keine ausreichenden Erkenntnisse gewinnen konnten, kann hier nur hypothetisch davon ausgegangen werden, daß Parallelen in der Form der persönlichen Frustrationsverarbeitung bzw. Streßbewältigung zwischen den Gichtikern und ihren Ehefrauen häufiger als zwischen den Ehepartnern in der Kontrollgruppe bestehen.

5.2.2.5 Sportlichkeit und Sportverhalten

Eine besondere Sportlichkeit oder sportliche Betätigung der Gichtiker, die als eventueller Hinweis auf eine bestimmte Art Ausagierens verdrängter aggressiver oder expansiver Impulse gelten könnte, wurde von uns anhand der Beantwortung unserer Fragen nicht festgestellt. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe und der zusätzlich für einen Vergleich aufgeführten Pilotgruppe erschienen die Gichtiker und ihre Ehefrauen eher unsportlicher.

Die im Zusammenhang mit anderen Fragestellungen bei den Gichtpatienten in der Tendenz zu beobachtenden Konflikte im Umgang mit eigener Expansivität und Aggressivität finden offensichtlich im Gegensatz zu vielen Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis keinen Eingang in ein bestimmtes körperliches Ausdrucksverhalten.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Untersuchung versucht einen Beitrag zur Erforschung der Faktoren zu leisten, die bei der Entstehung und beim Verlauf der primären familiären Hyperurikämie und ihrer klinischen Manifestation der Gicht zum Tragen gelangen.

Der dieser Arbeit zugrunde liegende "holistische" Ansatz überwindet die Aufspaltung in rein organische und psychosomatische Krankheitsbilder und betont die Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge bei jeder körperlichen Krankheit.

Der "ökologische Ansatz" verläßt mechanische, kausal-lineare Ursache-Wirkungsmodelle und untersucht das psychosomatische Geschehen aus einer Systemperspektive. Verschiedene Dimensionen (Subsysteme) sind durch ständige Wechselwirkungen im Sinne eines kybernetischen Regelkreises unlösbar miteinander verbunden.

Aus methodischen Gründen konzentrieren wir uns auf eine bestimmte Ebene des Gesamtgeschehens und lassen andere Aspekte zurücktreten. In der vorliegenden Arbeit mußte die biologisch-organische Dimension weitgehend unberücksichtigt bleiben, während interpersonelle (familiäre) Aspekte in den Vordergrund der Betrachtung gerückt wurden.

Zu den verschiedenen Perspektiven wurden relevante Aspekte aus der Literatur zusammengefaßt. Die zentrale Bedeutung der Familie im Rahmen des krankheitskonstituierenden "bio-psycho-sozialen Gesamtfeldes" wurde herausgearbeitet.

Daran schließt sich eine empirische Untersuchung an, die in zwei methodisch getrennten Schritten durchgeführt wurde.

1. Eine klinische Untersuchung in Form eines halbstandardisierten (halbstrukturierten) Interviews an 16 Familien mit einem an Gicht erkrankten Familienmitglied und 15 Vergleichsfamilien mit einem an Morbus Bechterew erkrankten Familienmitglied

2. Eine Fragebogenerhebung bei allen am Interview beteiligt gewesenen Familienmitgliedern

Im folgenden seien die Untersuchungsergebnisse zusammengestellt.

6.1 Ergebnisse der klinischen Untersuchungen

1. Die untersuchten Gichtikerfamilien lassen sich anhand der Indexpatienten in zwei Subgruppen einteilen, die der durch KLUSSMANN (35) beschriebenen Einteilung der von ihm untersuchten Gichtpatienten in Personen mit oknophilen Charakterzügen (40 % des hier untersuchten Kollektivs) und philobatischen Persönlichkeitszügen (60 % dieses Kollektivs) entsprechen.
2. Von den untersuchten Gichtpatienten geben mehr als die Hälfte an, überwiegend durch ihre Ehefrauen zur Einhaltung eines für die Krankheitsbehandlung notwendigen Gesundheitsverhaltens angehalten zu werden. Hinsichtlich dieses Aspektes verhalten sich die Gichtpatienten gegenüber den Patienten der Kontrollgruppe signifikant weniger gesundheitsbewußt.
3. Die emotionale Verarbeitung der Krankheit ist bei zwei Drittel der untersuchten Gichtpatienten durch ein kompensatorisch, verleugnendes Verhalten gekennzeichnet (Einschätzung während des Interviews). Die Ehefrauen der Gichtpatienten nehmen in mehr als der Hälfte der Fälle eine den Gichtpatienten ähnliche Haltung zu deren Krankheit ein.
4. Die im Zusammenhang mit dem Ausbruch der Krankheit und dem Krankheitsverlauf von den Gichtpatienten und den Ehefrauen eingebrachten, die Familie belastenden Lebensereignisse beziehen sich im Gegensatz zur Kontrollgruppe in mehr als 40 % auf Probleme in der ehelichen Beziehung. An zweiter Stelle wird der berufliche Streß des Gichtpatienten genannt. Das Ansprechen für die Familie belastend wirkender Lebensereignisse im Rahmen des Interviews geschieht signifikant häufiger als in den Familien der Kontrollgruppe, ausschließlich durch die Ehefrau.

5. In der Frage der Abhängigkeiten und Selbständigkeiten im familiären Beziehungsgefüge besteht hinsichtlich der Ablösung der Gichtpatienten und ihrer Ehefrauen vom eigenen Elternhaus und der Rolle, die den eigenen Eltern im Zuge der Partnerwahl zukommt, eine ausgeprägte Distanz zur Herkunftsfamilie.

Hinsichtlich der Bedeutung, die die Gichtpatienten und ihre Ehefrauen der momentanen eigenen Familie beimessen, fällt auf, daß erstere im Gegensatz zu den Ehefrauen und signifikant häufiger als die Patienten der Kontrollgruppe eine ambivalente Grundeinstellung im Sinne eines Nebeneinanders von "regressiv-zufluchtsuchenden" und "ausbrechenden" Tendenzen gegenüber der eigenen Familie aufweisen.

6. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe entspricht die Rollenverteilung zwischen den Ehepartnern in den Gichtikerfamilien dem gesellschaftlich gängigen Modell: Die Gichtpatienten dominieren signifikant häufiger als die Patienten der Kontrollgruppe im aufgabenbezogenen Bereich, die Ehefrauen der Gichtpatienten signifikant häufiger als die Ehefrauen der Kontrollgruppe im Gefühlsbereich. Ein dem entgegengesetztes Rollenverhalten weisen die Gichtpatienten und ihre Ehefrauen in der Gruppe der als oknophil zu charakterisierenden Gichtpatienten und ihrer Ehefrauen auf.

7. In der Globaleinschätzung (Psychopathologieskala) wurde die Mehrzahl der Ehepartner in den Gichtikerfamilien als "unauffällig" eingestuft. In der Gruppe der Gichtpatienten mit philobatischen Zügen weisen beide Ehepartner allerdings in der Hälfte der Fälle manifeste neurotische Verhaltensweisen auf, wobei bei den Ehefrauen die deutlicheren neurotischen Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten waren.

8. Im Rahmen der Gesamteinschätzung der familiären Interaktionsprozesse während des Interviews (standardisierte Einschätzung der Kommunikation der Familienmitglieder untereinander) liegt die Mehrzahl der Gichtikerfamilien deutlicher als die Kontrollgruppe im "Normalbereich". Auffallende Abweichungen im Sinne eines "typisch psychosomatischen Kommunikationsverhaltens" werden in Form einer geringeren Fähigkeit zur Entwicklung familiärer Kommunikation, aus-

geprägteren Schwierigkeiten beim adäquaten Umgang mit Gefühlen, dem Austragen von Konflikten und einer insgesamt geringen verbalen Beteiligung am Gespräch deutlich.

9. Bei Beurteilung der während des Interviews beobachteten jeweiligen Wohnatmosphäre der Familien, der Bewirtung des Interviewers und der Stimmung während des Interviews fällt eine in den Gichtikerfamilien gegenüber der Kontrollgruppe gemütlichere und wohnlichere Einrichtung, eine ausgeprägtere "orale Bedachtsamkeit" in der Art der Bewirtung des Interviewers und eine im Verlauf des Gesprächs deutlicher werdende emotionale Abgeschlossenheit der Familie gegenüber Außenstehenden auf.

6.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

1. Vom soziologischen Typ her handelt es sich bei den Familien der Gichtpatienten überwiegend um Kleinfamilien. Die Zahl der Kinder (Mittelwert 1,5) ist geringfügig höher als in den Familien der Kontrollgruppen.

Der Bildungsstatus der Ehefrauen in den Gichtikerfamilien ist in fast allen befragten Familien niedriger als der der Ehemänner und entspricht in etwa dem gesellschaftlich gängigen Unterschied in der Ausbildung zwischen Männern und Frauen.

Bei den Gichtpatienten läßt sich keine bevorzugte Berufsrichtung feststellen.

2. In dem hier untersuchten Patientenkollektiv erwiesen sich 40 % der Gichtpatienten und 40 % ihrer Ehefrauen als übergewichtig.

Bei Betrachtung der Angaben über subjektiv am meisten belastende Beschwerden fällt auf, daß die Gichtpatienten mit philobatischen Zügen gegenüber ihren Ehefrauen weniger Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Ängste, aber häufiger Beschwerden aus dem rheumatischen Formenkreis benennen. In der Gruppe mit oknophil zu charakterisierenden Gichtikern überwiegen neurologisch-psychiatrische und unspezifische Beschwerdekompexe dagegen bei den Ehemännern.

Die Zahl der von den Gichtikern angegebenen Beschwerden in der Beschwerdeliste ist signifikant niedriger als die der Indexpatienten der Kontrollgruppe und bei einem Vergleich der Zahl der genannten erheblichen und starken Beschwerden deutlich geringer als bei den Ehefrauen. Dieser Unterschied ist in dem zuletzt genannten Vergleich in der Gruppe der als philobatisch charakterisierten Gichtpatienten und ihrer Ehefrauen am ausgeprägtesten.

3. Bei einer Untersuchung des Freizeitverhaltens der Gichtpatienten fällt auf, daß sie signifikant häufiger als ihre Ehefrauen und die Ehepartner in der Kontrollgruppe ihre Freizeit außerhalb der Familie verbringen.
4. Ein Drittel der Gichtikerehepaare geben auf die Frage nach der Dauer der täglichen Mahlzeit deutlich längere tägliche EBzeiten (> zwei Stunden) an als die Ehepaare der Kontrollgruppe (ein bis zwei Stunden). In 80 % dieser Ehepaare handelt es sich um Gichtpatienten mit philobatischen Charakterzügen und ihre Ehefrauen.

Signifikant häufiger als die Ehepaare der Kontrollgruppe geben die Gichtikerehepaare an, gerne Lebensmittelabteilungen, Feinkostgeschäfte und Märkte zu besuchen.

Ausschließlich in den Gichtikerfamilien geben die Hälfte der befragten Gichtpatienten und ein Drittel der Ehefrauen an, in Streßsituationen mehr Nahrung zu sich zu nehmen.

6.3 Konsequenzen für die Therapie

Hinsichtlich der Therapieüberlegungen bei der Behandlung von Gichtpatienten konnte an verschiedenen Stellen aufgezeigt werden, daß das Gesundheitsverhalten des Gichtikers und seine Einstellung zur eigenen Erkrankung in erheblichem Maße Zusammenhänge zum Verhalten der Ehefrau aufweist.

Daraus ergibt sich für die Therapie von Gichtpatienten die Notwendigkeit, die Ehefrauen und ihr Gesundheitsverhalten in verstärktem Umfang in die therapeutischen Überlegungen miteinzubeziehen.

Bei Betrachtung der Psychodynamik in den ehelichen Beziehungen der Gichtiker-
ehepaare kann darüber hinaus formuliert werden, daß das von vielen Gichtpa-
tienten bekannte mangelhafte Krankheitsbewußtsein in einem großen Teil der
Fälle in engem Zusammenhang mit der Übernahme der "Krankenrolle" durch die
Ehefrau steht und ohne eine Berücksichtigung dieses Sachverhalts nicht adäquat
verstanden werden kann.

SCHLUSSWORT

So wichtig naturwissenschaftliche Konzepte zur Untersuchung der Ätiologie und Pathogenese körperlicher Erkrankung auch sind, so wenig können sie den Umgang des Erkrankten mit seiner Krankheit und somit auch die subjektive Wertigkeit, die die Krankheit für den Erkrankten bekommt, erklären. Erst durch die persönlichen Verhaltensweisen der Betroffenen im Rahmen verschiedener auf sie einwirkender Umgebungsfaktoren treten viele genetische Prädispositionen voll zu Tage (46).

Ziel ärztlichen Handelns muß es daher sein, die psychosozialen Dimensionen der Krankheit mit zu erfassen, auch wenn diese sich durch rein naturwissenschaftliche Methoden allein nicht erklären lassen.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin.
Walter de Gruyter, Berlin 1971.
- 2 ARGELANDER, H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie.
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Darmstadt 1983.
- 3 BABUCKE, G.; MERTZ, D.P.: Häufigkeit der primären Hyperurikämie
unter ambulanten Patienten.
Münchn.med.Wschr. 116, 1974, 875-880.
- 4 BALINT, M.: Angstlust und Regression.
Ernst Klett, Stuttgart 1959.
- 5 BAMBERG, E.; GREIF, S.: Streß: Bedrohung der Gesundheit oder sub-
jektiver Begriff.
Psychosozial 1, 1982, 8.
- 6 BERTALANAFFY, L. von: General Systems Theory and Psychiatry.
In: Arieti, S., Amer. Handbook of Psychiatry. 3.
Basic Books, New York 1966, 705-722.
- 7 BIEFANG, S.; KÖPCKE, W.; SCHREIBER, M.A.: Medizinische Informa-
tik und Statistik.
Springer, Berlin 1979, 10.
- 8 BOSZORMENYI-NAGY, I.; FRAMO, J.L.: Familientherapie. Theorie
und Praxis.
Rowohlt, Reinbek 1975.
- 9 BRÄUTIGAM, W.; CHRISTIAN, P.: Psychosomatische Medizin.
Thieme, Stuttgart 1981.
10. BREDE, K.: Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psycho-
somatischer Störungen.
In: Overbeck G.u.A., Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.
Fachbuchhandlung für Psychologie Verlagsabteilung, Frankfurt 1984,
321-326.
11. BROOKS, G.W.; MUELLER, E.: Serum urate concentrations among uni-
versity professors.
J.Amer.med.Ass. 195, 1966, 415-418.
12. COPEMAN, W.S.C.: Short History of Gout and Rheumatic Diseases.
University of California Press, Berkeley/Calif. 1964, 236.
- 13 DENTLER, P.; HAUSS, K.; NEIDENBACH, N.; STEGEMANN, H.,
VÖLKEL, H.: Medizinische Psychologie im Grundriß.
Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen 1976.
- 14 DUNN, J.P.; BROOKS, G.W. MAUSNER, J.; RODNAN, G.P., COBB, S.:
Social class gradient of serum uric acid levels in males.
J.Amer.med.Ass. 185, 1963, 431-436.

- 15 ENGEL, G.L.; SCHMALE, H.: Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung.
In: Overbeck G.u.A., Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.
Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung, Frankfurt 1984, 247-265.
- 16 ENGEL, G.L.: The Concept of Psychosomatic Disorder.
J.of Psychosom.Res. 11, 1967, 3-9.
- 17 FREEDMAN, L.Z.; HOLLINGSHEAD, A.B.: Neurosis and Sozial Class.
Amer.J.Psychiat. 114, 1957, 769.
- 18 GRIEBSCH, A.; ZÖLLNER, N.: Normalwerte der Plasmaharnsäure in Süddeutschland.
Z.f.klin.Chem. 11, 1973, 346-356.
- 19 GRODDECK, G.: Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organisch Leidender.
Hirzel, Leipzig 1917.
- 20 GRÖBNER, W.: Harnsäurebildung im Körper.
In: Gröbner, W.; Löffler, W.; Zöllner, N.: Harnsäurestoffwechsel.
Springer, Berlin 1980, 6-29.
- 21 GRÖBNER, W.: Differentialdiagnose der sekundären Gicht.
In: Frey, K.W., u.a.: Diagnose und Differentialdiagnose der Gicht.
Springer, Berlin 1980, 31-42.
- 22 HALDANE, J.B.S.: Origin of man.
Nature 176, 1955, 169.
- 23 HALL, A.P.; BARRY, R.E.; DAWBER, T.R.; Mc.NAMARA, P.M.: Epidemiology of gout and hyperuricemia. A long-term population study.
Amer.J.Med.42, 1967, 27.
- 24 HASSMANN, P.: Zur Medizingeschichte und Sozialpathologie der Gicht.
Dissertation, Düsseldorf 1969.
- 25 HEUKENKAMP, P.U.: Die Pathogenese der Harnsäureablagerungen und des Gichtanfalls.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 179-209.
- 26 HOLMES, T.H., RAHE, R.H.: The social readjustment Rating scale.
J.Psychosom.Res.11, 1967, 213-218.
- 27 IDELBERGER, Kh.: Lehrbuch der Orthopädie.
Springer, Berlin 1984.
- 28 KAHN, M.F.: Goutte obésité et plaisirs de la table.
La Nouvelle Presse medicale 30, 1976, 1897.
- 29 KAISER, W.: Genetik der Gicht.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 115-123.

- 30 KASL, S.V.; COBB, S.; BROOKS, G.W.: Changes in serum uric acid and cholesterol levels in men undergoing job loss.
J.Amer.med.Ass.206, 1968, 1500-1507.
- 31 KASL, S.V.; BROOKS, G.W.; RODGERS, W.L.: Serum uric acid and cholesterol in achievement behavior and motivation.
J.Amer.med.Ass.213, 1970, 1291-1299.
- 32 KATZ, J.L.; WEINER, H.; GUTMAN, A.; YU, T.F.: Psychobiological Variables in the Onset and Recurrence of Gouty Arthritis: A Chronic Disease Model.
J.Chronic Dis.28, 1975, 51.
- 33 KATZ, J.L.; WEINER, H.: Psychosomatic considerations in hyperuricemia and gout.
Psychosom.Medizin 34, 1972, 165-182.
- 34 KATZ, J.L.; WEINER, H.; GUTMAN, A.; YU, T.F.: Hyperuricemia, Gout and Executive Suite.
J.Amer.med.Ass.224, 1973, 1251-1257.
- 35 KLUSSMANN, R.: Psychosomatische Aspekte der Gicht.
Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983.
- 36 KLUSSMANN, R.: Der Gichtpatient und sein Krankheitsbewußtsein.
Med.Klinik 76, 1981, 78-82.
- 37 KÖNIG, R.: Überorganisation der Familie als Gefährdung der seelischen Gesundheit.
In: König, R.: Materialien zur Soziologie der Familie.
Kiepenheuer und Witsch, Köln 1974, 106-120.
- 38 KUZZELL, W.Ch.; GAUDIN, G.P.: Gicht.
Docum.rheum.10.
Geigy, Basel 1956.
- 39 LAUBE, A.: Sozialstatus und Ernährungsgewohnheiten von Gichtpatienten.
Dissertation, München 1982.
- 40 LAZARUS, R.S.; LAUNIER, R.: Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt.
In: Nietsch, J.R.: Streß.
Huber, Bern 1981.
- 41 LIDZ, Th.: Theorie der Schizophrenie.
Familiendynamik 1, 1976, 9-112.
- 42 LYDTIN, H.: Hyperuricämie und Hypertonie.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 412-419.

- 43 MAHLER, M.S.; PINE, F.; BERGMANN, A.: Die psychische Geburt des Menschen.
Fischer, Frankfurt 1982.
- 44 MARSHALL, M.; SCHATTENKIRCHNER, M.: Der akute Gichtanfall.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 255-275.
- 45 MERTZ, D.P.: Sozialmedizinische Aspekte der Gicht.
Deutsches Ärzteblatt 43, 1975, 2982.
- 46 MERTZ, D.P.: Gicht.
Thieme, Stuttgart 1983.
- 47 MINKOWSKI, O.: Die Gicht.
In: v.Noethnagel, H.: Spezielle Pathologie und Therapie.
Wien 1903.
- 48 MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I.
Suhrkamp, Frankfurt 1971.
- 49 MONTOYE, H.J.; MIKKELSEN, W.M.: Serum uric acid and achievement in high school.
Arthritis and Reum. 16, 1973, 359-362.
- 50 MÜLLER, W.; BOOS, R.: Rheumatische Erkrankungen.
In: Kühn, H.A.; Schirmeister, J.: Innere Medizin.
Springer, Berlin 1982, 303-353.
- 51 M'UZAN, M.: Zur Psychologie der psychosomatisch Kranken.
In: Overbeck, G.u.A.: Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.
Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung, Frankfurt 1984, 170-184.
- 52 OROWAN, E.: The origin of man.
Nature 175, 1955, 683.
- 53 OVERBECK, G.: Krankheit als Anpassung.
Suhrkamp, Frankfurt 1984.
- 54 PFLANZ, M.: Gesundheitsverhalten.
In: Mitscherlich, A.; Brocher, T.; v.Mering, O.; Horn, K.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft.
Kiepenheuer und Witsch, Köln 1969, 283-288.
- 55 PRIOR, J.A.M.; ROSE, D.S.: Uric acid, gout and public health in the South Pacific.
New Zealand med.J. 65, 1966, 295.
- 56 RAHE, R.H.; RANSON, J.A.: Stressful under water demolition training.
J.Amer.med.Ass.202, 1967, 1052-1054.

- 57 RAKIC, M.T.; VALKENBURG, H.A.; DAVIDSON, R.T.; ENGELS, J.P.; MIKKELSEN, W.M.; NEEL, J.V.; DUFF, I.F.: Observations on the natural history of hyperuricemia and gout. I
An eighteen year follow-up of nineteen gouty families.
Amer.J.Med. 37, 1964, 862.
- 58 REISER, R.F.: Changing Theoretical Concepts in Psychosomatic Medicine.
In: ARIETI, S.: American Handbook of Psychiatry.
Basic Books, New York 1975, 4, 477-501.
- 59 RICHTER, H.E.: Patient Familie.
Rowohlt, Reinbek 1983.
- 60 ROGERS, C.R.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie.
Kindler, München 1973.
- 61 SCHATTENKIRCHNER, M.: Der akute Gichtanfall.
In: Goebel, F.D., u.a.: Klinik der Gicht.
Springer, Berlin 1981, 18-28.
- 62 SCHETTLER, G.: Krankheiten des Wohlstandes.
Dtsch.med.Wschr.87, 1962, 1221.
- 63 SCHILLING, F.: Klinik der Gicht.
Therapiewoche 22, 1972, 92-98.
- 64 SCHÖNE, D.: Auftraggebereffekt und Erfolg von Mahnschreiben bei einer postalischen Umfrage.
In: König, R.; Scheuch, E.K.: Studien zum Interview. Kölner Beiträge zur Sozialforschung und angewandten Soziologie.
Verlag Anton Hain, Meisenheim 1973, 16, 187-244.
- 65 SCHUR, M.: Zur Metapsychologie der Somatisierung.
In: Overbeck G.u.A.: Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.
Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung, Frankfurt 1984, 83-139.
- 66 SEIDL, O.; KELLER, Ch.: Erfahrungen bei der Langzeitbehandlung von Stoffwechselkrankheiten.
Z.Allgem.Med.57, 1981, 1063.
- 67 SELYE, H.: Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom.
Thieme, Stuttgart 1953.
- 68 SENAY, E.C.; REDLICH, F.C.: Cultural and Social Factors in Neuroses and Psychosomatic Illnesses.
Soc.Psychiat.3, 1968, 89-97.
- 69 SIFNEOS, P.E.: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients.
Psychotherapie und Psychosomatik 22, 1973, 255-262.
- 70 SPERLING, M.: Psychiatrische Aspekte der ulcerativen Colitis.
Z.Psychosom.Med. 5, 1958, 171-178.

- 71 SPERLING, M.: The Role of the Mother in Psychosomatic Disorders in Children.
Z.Psychosom.Med. 11, 1949, 377-385.
- 72 STEPHANOS, S.: Das Konzept der "pensée opératoire" und das "psychosomatische Phänomen".
In: Uexküll, Th.v.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.
Urban u.Schwarzenberg, München 1979, 217-224.
- 73 TALBOT, J.H.: Die Gicht.
Hippokrates, Stuttgart 1967.
- 74 TEUTEBERG, H.J.: Der Nahrungsverzehr als Problem der empirischen Sozialwissenschaften.
In: Rottka u.a.: Internationales Symposium über Methoden von Verzehrerhebungen. Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt.
Heymanns Verlag, Köln 1976, Heft 12, 11.
- 75 UEXKÜLL, Th.v.: Historische und wissenschaftstheoretische Probleme.
In: Uexküll, Th.v.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.
Urban u.Schwarzenberg, München 1979, 95-105.
- 76 WEIZSÄCKER, V.v.: Körpergeschehen und Neurose.
Klett, Stuttgart 1946.
- 77 WILLI, J.: Die Zweierbeziehung.
Rowohlt, Reinbek 1975.
- 78 WINNICOTT, D.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse.
Kindler, München 1976.
- 79 WIRSCHING, M.: Krankheit und Familie.
Veröffentlichte Habilitationsschrift, Heidelberg 1978.
Vgl. auch
Wirsching, M.; Stierlin, H.: Krankheit und Familie.
Klett-Cotta, Stuttgart 1982.
- 80 WOLFRAM, G.: Gichtniere und Hypertonie.
In: Goebel, F.-D., u.a.: Klinik der Gicht.
Springer, Berlin 1981, 35-43.
- 81 WOLFRAM, G.: Hyperurikämie und Gicht.
In: Wolfram, G.: Hyperurikämie und Gicht. - Beziehungen zu anderen Stoffwechselstörungen.
Springer, Berlin 1980, 5-9.
- 82 WOLFRAM, G.: Klinische Wertigkeit der Hyperurikämie.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 237-253.
- 83 ZENZ, H.: Empirische Befunde über die Gießener Fassung einer Beschwerdenliste.
Psychother.Med.Psychologie 21, 1971, 8-13.

- 84 ZÖLLNER, N.: Das Wesen der Gicht.
In: Gröbner, W.; Löffler, W.; Zöllner, N.: Harnsäurestoffwechsel.
Springer, Berlin 1980, 1-5.
- 85 ZÖLLNER, N.: Grundlagen der Gichtforschung.
Münch.med.Wschr.17, 1974, 865-874.
- 86 ZÖLLNER, N.: Gicht.
In: Gross, K.; Schölmerich, P.: Lehrbuch der inneren Medizin.
Schattauer, Stuttgart 1977, 675-677.
- 87 ZÖLLNER, N.: Die Gicht.
In: Schoen, R.; Böni, A.; Mielke, K.: Klinik der rheumatischen Krankheiten.
Springer, Berlin 1970, 433.
- 88 ZÖLLNER, N.: Nucleinstoffwechsel.
In: Thannhausers Lehrbuch des Stoffwechsels und der Stoffwechselkrankheiten.
Thieme, Stuttgart 1957.
- 89 ZÖLLNER, N.; GRÖBNER, W.: Die Gichtniere.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 356-390.
- 90 ZÖLLNER, N.; GRÖBNER, W.: Einführung.
In: Zöllner, N.; Gröbner, W.: Gicht.
Handbuch der inneren Medizin 7 Teil 3.
Springer, Berlin 1976, 3.

ANHANG

Anhang Tabelle 1: Emotionale Verarbeitung der Krankheit

	Gichtikerfamilien		Bechterewfamilien	
	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%) *	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)
Schuldgefühl	0	2 (13)	0	0
Schuldvorwürfe	0	0	0	2 (13)
Angst	1 (7)	2 (13)	2 (13)	3 (20)
Verleugnung	9 (60)	8 (53)	10 (67)	1 (7)
Trauer	0	0	1 (7)	0
Scham	0	0	0	0
Stolz	0	0	1 (7)	0
Ärger	1 (7)	0	0	0
Kontaktvermeidung	4 (27)	2 (13)	1 (7)	0
Verstärkte Zuwendung	0	1 (7)	0	9 (60)
Sonstiges	0	0	0	0

* Chi²-Test: (gegen Ehefrauen der Kontrollgruppe) $p < 0,05$

Anhang Tabelle 2: **Einschneidende Lebensereignisse. Vergleich der Gichtikerfamilien mit der Kontrollgruppe**

	Gichtikerfamilien		Bechterewfamilien	
	Indexpatient n=14 (100%) *	Ehefrauen n=14 (100%)	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)
Tod	1 (7)	1 (7)	0	2 (13)
Krankheit eines Familienangehörigen	1 (7)	0	0	0
Trennung	1 (7)	0	0	0
Ortswechsel	1 (7)	1 (7)	1 (7)	1 (7)
Leistungsversagen	0	0	0	0
Leistungsdruck	2 (14)	4 (29)	12 (80)	1 (7)
Fam.-Probleme	2 (14)	6 (43)	0	4 (27)
Nichts	6 (43)	2 (14)	2 (13)	7 (47)

* Chi²-Test: (gegen Indexpatienten der Kontrollgruppe) $p < 0,05$

Anhang Tabelle 3: Rollenverhalten zwischen den Ehepaaren. Vergleich der Gichtikerehepaare mit den Bechterewehepaaren

	Skalen- bereich	instrumentelle Rolle		emotion. Rolle	
		Gicht.-Fam. n=15 (100%)	Becht.-Fam. n=14 (100%)	Gicht.-Fam. n=15 (100%)	Becht.-Fam. n=14 (100%)
despotischer Ehemann	0	0	0	0	0
dominierender Ehemann	1	6 (40)		3 (20)	1 (7)
Ehemann etwas stärker	2	3 (20)	0	3 (20)	12 (86)
Partnerschaft	3	0	1 (7)	1 (7)	1 (7)
Ehefrau etwas stärker	4	3 (20)	9 (64)	5 (33)	0
dominierende Ehefrau	5	3 (20)	4 (29)	3 (20)	0
Matriarchat	6	0	0	0	0
Mittelwert		2,6	4,2	3,1	2,0
		Chi ² -Test:p<0,05		Chi ² -Test:p<0,05	

Anhang Tabelle 4: **Berufe der Indexpatienten und ihrer Ehefrauen**

Gichtikerehepaare			Bechterewehepaare		
	Indexpatienten	Ehefrauen		Indexpatienten	Ehefrauen
1	Postbeamter	Hausfrau	1	Kaufmann	Hausfrau
2	Vertreter	Hausfrau	2	KFZ-Meister	Hausfrau
3	Vertreter	Hausfrau	3	Opernsänger	Hausfrau
4	Lackierer	Arbeiterin	4	Techn.Bundes- bahnbeamter	Hausfrau
5	Oberwerkmeister	Beschließerin	5	Mechaniker	Hausfrau
6	Lehrer	Hausfrau	6	Ingenieur	Hausfrau
7	Lehrer	Hausfrau	7	Werkmeister	Kaufmann
8	Gastwirt	Gastwirtin	8	Chemiewerker	Hausfrau
9	Estrichleger	Hausfrau	9	Gärtner	Hausfrau
10	Hoch-und Tiefbau- ingenieur	Hausfrau	10	Techniker	Buchhalterin
11	Bauunternehmer	Hausfrau	11	Physiker	Zahnärztin i.R.
12	Gastwirt	Hausfrau	12	Dipl.-Ing.	Hausfrau
13	Telefonist	Altenpflegerin	13	Techn. Obermeister	Hausfrau
14	Rentner	Hausfrau	14	Techniker	Hausfrau
15	Kaufmann	Hausfrau	15	Techn.Beamter	Hausfrau
15	Werkschutz- angestellter	Hausfrau			

Anhang Tabelle 5: Vorerkrankungen

	Gichtikerfamilien		Bechterewfamilien	
	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)
Geh- und Bewegungs- apparat	5 (33)	3 (20)	11 (73)	1 (7)
Magendarmtrakt	1 (7)	0	0	1 (7)
Atmungsorgane	1 (7)	1 (7)	1 (7)	0
Herz/Kreislauf	1 (7)	1 (7)	2 (14)	1 (7)
Stoffwechsel	0	2 (14)	0	0
Neur./Psych.	1 (7)	5 (33)	0	0
Haut	0	0	0	0
Gyn.	-	1 (7)	0	1 (7)
Keine	6 (40)	2 (13)	1 (7)	11 (73)

Anhang Tabelle 6: "Allgemeine Klagsamkeit". Vergleich der Gichtikerfamilien mit der Kontrollgruppe (Zahl der Beschwerden)(Frage 44-48)

	Gichtikerfamilien		Bechterewfamilien	
	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)
*				
<u>kaum und</u> <u>einigermaßen</u>	129	134	171	106
Mittelwert	8,6	8,9	11,4	7,1
<u>erheblich und</u> <u>stark</u>	28	62	60	33
Mittelwert	1,8	4,1	4	2,2
Summe	157	196	231	139
Summenmittelwert	10,5	13,1	15,4	9,2
* Chi ² -Test: (gegen Indexpatienten der Kontrollgruppe) p < 0,05				

Anhang Tabelle 7: "Allgemeine Klagsamkeit". Vergleich der Subgruppen innerhalb der Gichtikerfamilien (Zahl der Beschwerden)

	"Oknophile Familien"		"Philobatische" Familien	
	Indexpatienten (n = 7)	Ehefrauen (n = 7)	Indexpatienten (n = 8)	Ehefrauen (n = 8)
<u>kaum und</u> <u>einigermaßen</u>	77	50	52	84
<u>erheblich und</u> <u>stark</u>	14	19	14	43
Summe	91	69	66	127
Mittelwert	13	9,9	7,3	12,1
Chi ² -Test: p<0,05				

Anhang Tabelle 8: Hauptbeschwerden. Vergleich der Gichtikerfamilien mit der Kontrollgruppe (Frage 49)

Beschwerdeart	Gichtikerfamilien		Bechterewfamilien	
	Indexpatient n=14 (100%)	Ehefrauen n=14 (100%)	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)
	*			
Geh-u.Bew.app.	5 (33)	3 (21)	14 (93)	3 (20)
Magendarmtrakt	0	0	0	0
Atmungsorgane	0	0	1 (7)	0
Herz/Kreislauf	2 (13)	1 (7)	0	2 (14)
Stoffwechsel	0	0	0	0
Neuro./Psychiatr.	3 (21)	5 (33)	0	8 (53)
Haut	0	1 (7)	0	0
Unspezifisch	3 (21)	4 (29)	0	1 (7)

* χ^2 -Test: (gegen Indexpatienten der Kontrollgruppe) $p < 0,05$

Anhang Tabelle 9: **Hauptbeschwerden. Vergleich der Subgruppen innerhalb der Gichtikerfamilien**

	"Oknophile Familien"		"Philobatische Familien"	
	Ind.Patient n=6 (100%)	Ehefrauen n=6 (100%)	Ind.Patient n=8 (100%)	Ehefrauen n=8 (100%)
<u>Beschwerdeart</u>				
Geh-u.Bew.app.	0	2 (33)	5 (63)	1 (13)
Magendarmtrakt	0	0	0	0
Atmungsorgane	0	0	0	0
Herz/Kreislauf	1 (17)	1 (17)	1 (13)	0
Stoffwechsel	0	0	0	0
Neuro/Psychiatr.	2 (33)	1 (17)	1 (13)	4 (50)
Haut	0	1 (17)	0	0
Unspezifisch	2 (33)	2 (33)	1 (13)	2 (25)
Keine	1 (17)	0	0	0

Anhang Tabelle 10: **Erziehungsstil. Vergleich der Gichtikerehepaare mit den Bechterewehepaaren**

Gicht: n = 15 Ehepaare; Bechterew: n = 15 Ehepaare

<u>Aussagen zu</u>	<u>Frage Nr.</u>	<u>Mittelwerte</u>
<u>"laissez faire"</u>	(23)	
Gichtikerehepaare		1,7
Bechterewehepaare		3,7
<u>"antiautoritär"</u>	(26)	
Gichtikerehepaare		2,4
Bechterewehepaare		2,7
<u>"bestimmend"</u>	(25)	
Gichtikerehepaare		3,7
Bechterewehepaare		2,9
<u>"autoritär"</u>	(24)	
Gichtikerehepaare		2,3
Bechterewehepaare		3,9
<u>"partnerschaftlich"</u>	(27)	
Gichtikerehepaare		5,3
Bechterewehepaare		4,8

0 = völlige Ablehnung; 3 = neutrale Einstellung; 6 = überwiegende Zustimmung)

Anhang Tabelle 11: Verhältnis der Ehepartner zur eigenen Geschlechtsrolle. Vergleich der Gichtikerehepaare mit den Bechterewehepaaren (Mittelwerte) (Frage 28 - 30)

Aussagen zu	Frage	Gichtikerehepaare (n=14)		Bechterewehepaare (n=15)	
		Indexpatienten	Ehefrauen	Indexpatienten	Ehefrauen
"indifferent"	(28)	1,5	1,6	2,7	3,1
"traditionell"	(29)	3,5	3,1	2,4	2,9
"partnerschaftlich"	(30)	5,1	4,6	5,0	4,4

0 = völlige Ablehnung; 3 = neutrale Einstellung; 6 = überwiegende Zustimmung)

Anhang Tabelle 12: Ernährungs- und Konsumverhaltensweisen. Vergleich der Gichtikerfamilien mit den Bechterewfamilien

		Gichtikerfamilien		Bechterewfamilien	
		Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)	Indexpatient n=15 (100%)	Ehefrauen n=15 (100%)
Kochen Sie gerne?	ja	4 (27)	9 (60)	1 (7)	9 (60)
	nein	7	2 (13)	5 (34)	3 (20)
(Frage 58)	geleg.	4 (27)	4 (27)	9 (60)	3 (20)
Ist es eine Ihrer großen Freuden im Leben, gut zu essen?	ja	*1 14 (93)	11 (74)	9 (60)	13 (87)
(Frage 67)	nein	1 (7)	4 (26)	6 (40)	2 (13)
Legen Sie Wert auf einen gut gedeckten Tisch?	ja	13 (87)	12 (80)	12 (80)	13 (87)
(Frage 68)	nein	0	2 (13)	2 (13)	0
	egal	2 (13)	1 (7)	1 (7)	2 (13)
Wieviel Zeit widmen Sie täglich den Mahlzeiten?	1-2 Std.	10 (67)	10 (67)	15 (100)	15 (100)
(Frage 59)	> 2 Std.	5 (33)	5 (33)	0	0
Besuchen Sie gerne Lebensmittelabteilungen von Kaufhäusern, Feinkostgesch., Märkten?	selten	*2 3 (20)	4 (27)	6 (40)	10 (67)
(Frage 64)	geleg.	3 (20)	1 (7)	4 (26)	3 (20)
	Ja, oft	9 (60)	10 (67)	5 (34)	2 (13)
Glauben Sie, daß sich Ihr Eßverhalten im Streß (Ärger, Aufregung, Erschöpfung) ändert?	ja,esse mehr	*3 2 (13)	5 (34)	8 (53)	8 (53)
(Frage 69)	ja,esse weniger	7 (47)	5 (34)	0	0
	weniger	6 (40)	5 (34)	7 (47)	7 (47)

*1 Chi²-Test: (gegen Indexpatienten der Kontrollgruppe) p < 0,05

*2 und *3 Chi²-Test: (gegen Kontrollgruppe) p < 0,05

Anhang Tabelle 13: Sportlichkeit und Sportverhalten. Vergleich der Gichtikerhepaare mit den Bechterewehepaaren und den Ehepaaren aus der Pilotstudie (Frage 70 und 71)

	Gichtikerfamilien			Bechterewfamilien			Pilotgruppe		
	Indexpatienten n = 15 (100%)	Ehefrauen n = 15 (100%)		Indexpatienten n = 15 (100%)	Ehefrauen n = 15 (100%)		Indexpatienten n = 10 (100%)	Ehefrauen n = 10 (100%)	
Halten Sie sich für sportlich?	ja nein weiß nicht	6 (40) 8 (53) 2 (13)	4 (27) 10 (67) 1 (6,7)	11 (73) 4 (27) 0	4 (27) 7 (73) 4 (27)		6 (60) 3 (30) 1 (10)	6 (60) 4 (40) 0	
Treiben Sie Sport?	ja nein gelegentlich	2 (13) 9 (60) 4 (27)	0 12 (80) 3 (20)	3 (20) 2 (13) 10 (67)	0 5 (33) 10 (67)		3 (30) 2 (20) 5 (50)	2 (20) 5 (50) 3 (30)	

**MEDIZINISCHE POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN**
Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner

8000 München 2, den
Pettenkoferstraße 8a
Rufnummer 51601
Nebenstelle (Durchwahl) 5160-

Sehr geehrter Herr

im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie über Gichterkrankung beschäftigen wir uns mit der Auswirkung der Krankheit eines Familienmitgliedes auf die Familie.

Unser Interesse gilt hierbei der Frage, wie Familienmitglieder reagieren, wenn Krankheiten auftreten. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie als Patient der Poliklinik bitten, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Im Rahmen unserer Untersuchung möchten wir nicht nur Ihnen, sondern auch Ihrer Frau bzw. Ihrer Familie Fragen in Form eines Interviews stellen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie und Ihre Familie sich bereit fänden an unserer Untersuchung teilzunehmen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß weder Name noch Adresse in unsere Untersuchung eingehen und die Schweigepflicht von uns in jedem Fall garantiert wird.

Bitte bedenken Sie, daß Sie mit Ihrer Mitarbeit uns bei der weiteren Erforschung und Behandlung der Gichterkrankung wertvolle Hilfe leisten können.

Diesem Brief ist ein Freiumschlag beigelegt, in dem Sie uns bitte mitteilen, ob Sie und Ihre Familie an dieser Untersuchung teilnehmen.

Daraufhin werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen und Ihnen weitere Einzelheiten mitteilen bzw. Termine absprechen, an denen das Interview geführt werden kann. Sollten Sie an der Auswertung der Daten aus der Untersuchung interessiert sein, senden wir Ihnen die Ergebnisse am Ende der Studie kostenlos zu.

Vielen Dank für Ihr Verständnis. Auf ihre baldige Antwort hoffend, grüßen wir Sie

Prof.Dr. Ch. Keller
Oberärztin

Prof.Dr.R.Klußmann
Oberarzt

S. Serafin
Arzt

Anlage: 1 Freiumschlag

Muster - Beisreiben zum Fragebogen:

Der Ihnen zugestellte Fragebogen dient einer wissenschaftlichen Untersuchung über "Krankheit und Familie". Unser Interesse gilt hierbei der Frage, wie sich das Auftreten einer Krankheit auf einen Menschen und seine Familie auswirkt. Dabei ist es für uns besonders wichtig, auch den Familienmitgliedern des Patienten einige Fragen zu stellen.

Einige dieser Fragen sind sehr persönlich.

Versuchen Sie, auch diese Fragen so offen und ehrlich wie möglich zu beantworten.

Bitte beachten Sie, daß Sie Ihren Namen nicht auf den Fragebogen schreiben. Wir haben Ihren Bogen bereits mit einer Nummer versehen.

Aus der Codierung kann nur der auswertende Arzt Ihren Namen ersehen. So kann die Schweigepflicht in jedem Fall gewahrt bleiben.

Wir danken für Ihre Mitarbeit

Prof. Dr. Klußmann

Meyer/Serafin
Ärzte

LEITFADEN FÜR EIN HALBSTRUKTURIERTES FAMILIENINTERVIEW

Begrüßen, Vorstellen, Bedanken für die Teilnahme, Projekterläuterung

F.1: Krankheit

- 1.1 Anamnese des Indexp., allgemeiner Behandlungsverlauf, gegenwärtige Beschwerden
- 1.2 Verarbeitung der Krankheit
(Was hat sich durch die Krankheit alles bei Ihnen verändert?
Glauben Sie, daß sich Ihr Ehemann bzw. Vater durch die Krankheit verändert hat?
Glauben Sie (I.P.), daß Sie sich verändert haben?)
- 1.3 Bericht über einschneidende Familienereignisse
(Gab es zur Zeit des Krankheitsausbruchs besondere Belastungen oder Ereignisse in der Familie? Welche?)
- 1.4 Einstellung gegenüber Ärzten
(Wie wurden Sie (I.P.) bisher behandelt?
Von wem wurden Sie bisher behandelt?
Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Wie sehen Sie (E.F.,K.) das?)

F.2: Familienbeziehungen

Individuationsleistungen

- 2.1 Ablösung von den eigenen Eltern (nur für Eltern!)
(Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern?)
- 2.2 Partnerwahl (nur für Eltern!)
(Wie standen Ihre Eltern zu Ihrer Ehe?)
- 2.3 Bewertung der Familie
(Was bedeutet Ihnen Ihre Familie bzw. Ehe?)

F.3: Familienstruktur und -organisation

Familienorganisation

- 3.1 Rollenverteilung
(Wer trifft wichtige Entscheidungen und kümmert sich um Behördenangelegenheiten? Wer ist mehr für den "Gefühlsbereich" zuständig?)

Wirkung des Gesprächs auf die Familie, Bedanken für die Teilnahme, Hinweis auf die Möglichkeit des Erhalts der Ergebnisse.

-
- 4 Psychopathologiescala (siehe Anhang)
 - 5 Familieneinschätzungsbogen (siehe Anhang)
 - 6 Beschreibung der Wohnatmosphäre, Bewirtung und Stimmung

PROTOKOLL

Anamnese --- Behandlungsverlauf --- Gegenwärtige Beschwerden:

Verarbeitung der Krankheit --- Einschneidende Familienereignisse ---
Einstellung zu Ärzten --- (auf Auswertungsskalen übertragen!)

Ablösung von den eigenen Eltern --- Partnerwahl --- Bewertung der Familie
(auf Auswertungsskalen übertragen)

Rollenverteilung: (auf Auswertungsskalen übertragen)

Wohnatmosphäre --- Bewirtung --- Stimmung:

Besonderheiten:

Familie:
(Name und Anwesende)

Datum:

Interviewer:

1.3 Bericht über einschneidende Familienergebnisse

		V	M	K 1	K 2	K 3
0	Tod von ...					
1	schwere Krankheit, Unfall					
2	Trennung					
3	Ortswechsel					
4	Leistungsversagen					
5	berufliches und finanzielles Vorwärtstommen					
6	familiäre Probleme					
7	nichts					

1.4 Einstellung gegenüber Ärzten

- 0 optimistisch, zuversichtlich, voller Allmachtserwartung
- 1 vertrauensvoll, unkritisch
- 2 vertrauensvoll, kritisch
- 3 rein funktionelles Verhältnis zu den Ärzten (neutral)
- 4 mißtrauisch, kritisch
- 5 mißtrauisch, abwertend
- 6 keinerlei Vertrauen, resigniert, enttäuscht (fast paranoid)

V 0 1 2 3 4 5 6

M 0 1 2 3 4 5 6

()
74

K 1 0 1 2 3 4 5 6

K 2 0 1 2 3 4 5 6

K 3 0 1 2 3 4 5 6

Fokus 2: Familienbeziehungen

Individuationsleistungen

2.1 Ablösung von den eigenen Eltern

- 0 nie getrennt von den Eltern, immer zusammen gelebt, engstes emotionales Verhältnis
- 1 zeitweise Trennung von den Eltern, die meiste Zeit des Lebens (wenn es irgend ging zusammengelebt, enges emotionales Verhältnis)
- 2 Ablösung, reifer Kontakt, emotional gelöstes (loyales) Verhältnis, (auch wenn die Familie zusammenlebt)
- 3 räumliche Trennung, innere Distanzierung
- 4 totaler äußerer und innerer Bruch

V O 1 2 3 4 5 6

M O 1 2 3 4 5 6

()
75 K 1 O 1 2 3 4 5 6

K 2 O 1 2 3 4 5 6

K 3 O 1 2 3 4 5 6

2.2 Partnerwahl

- 0 in stärkster Orientierung an den Eltern, Partner wurde praktisch von den Eltern gewählt
- 1 Wahl des Partners durch Eltern angeregt
- 2 Eltern einverstanden, aber eigene Wahl
- 3 Wahl nach Diskussion mit den Eltern durchgesetzt (von Eltern akzeptiert)
- 4 Wahl dezidiert gegen den Wunsch der Eltern

()
76

V	0	1	2	3	4	5	6
M	0	1	2	3	4	5	6
K 1	0	1	2	3	4	5	6
K 2	0	1	2	3	4	5	6
K 3	0	1	2	3	4	5	6

2.3 Bewertung der Familie

- 0 stärkste Idealisierung
- 1 überwiegend positive Beurteilung
- 2 Gleichgewicht von positiven und negativen Aspekten
- 3 Überwiegen von negativen Aspekten
- 4 stärkste Entwertung der Familie

()
77

V	0	1	2	3	4	5	6
M	0	1	2	3	4	5	6
K 1	0	1	2	3	4	5	6
K 2	0	1	2	3	4	5	6
K 3	0	1	2	3	4	5	6

Fokus 3: Familienorganisation

3.1 Rollenverteilung zwischen den Partnern

- 0 despotischer Vater, Familientyrann, Alleinherrscher
- 1 starker, dominierender Vater (trifft sämtliche wichtige Entscheidungen)
- 2 Vater etwas stärker als Mutter (z.B. durch den Beruf)
- 3 egalitär, partnerschaftlich, ausgeglichen
- 4 Mutter etwas stärker als Vater
- 5 starke, dominierende Mutter
- 6 Matriarchat, alles beherrschende tyrannische Mutter, Alleinherrscherin

()
78 aufgabenbezogen 0 1 2 3 4 5 6

()
79 emotional 0 1 2 3 4 5 6

4 Psychopathologieskala

Schwere der individuellen Psychopathologie

- 0 keine Beobachtung oder Bericht über neurotische Symptome oder Persönlichkeitsstörungen
- 1 leichte Persönlichkeitsabweichungen, zeitweise neurotische Symptome unter Belastung
- 2 manifeste neurotische Symptome
- 3 neurotischer Charakter (auch Sucht, Soziopathie, Delinquenz)
- 4 Borderline
- 5 Psychose
- 6 hirnorganische Schädigung

V	0	1	2	3	4	5	6
M	0	1	2	3	4	5	6
K 1	0	1	2	3	4	5	6
K 2	0	1	2	3	4	5	6
K 3	0	1	2	3	4	5	6

()
80

AUSWERTUNGSBOGEN - EINSCHÄTZUNGSBOGEN

Familie: _____

Anwesende: _____

Interviewer: _____ Datum: _____

5												
4												
3												
2												
1												

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Entw.	Zus.	Erg.	Grz.	Gef.	Kl.	Teil.	Abw.	Sorg.	Kfl.	Sp.	Bet.

Summen-Score

1 oder 5 $\hat{=}$ 3; 2 oder 4 $\hat{=}$ 2; 3 $\hat{=}$ 1

12	18	24	30	36
----	----	----	----	----

EINSCHÄTZUNGSBOGEN

Familie: _____

Anwesende: _____

Interviewer: _____ Datum: _____

1. Entwicklungsfähigkeit
 1. sehr stark (chaotisch)
 2. stark (bewegt)
 3. beweglich
 4. schwach (starr)
 5. sehr schwach (festgefahren)

2. Zusammenhalt
 1. sehr schwach (aufgelöst)
 2. schwach (ausstoßend)
 3. Gleichgewicht
 4. stark (bindend)
 5. sehr stark (verklammert)

3. Gegenseitige Ergänzung
 1. sehr schwach (symmetrisch eskalierend)
 2. schwach (konfrontierend)
 3. ergänzend und konfrontierend
 4. stark (ergänzend)
 5. sehr stark (komplementär erstarrt)

4. Grenzen (innerhalb der Familie)
 1. sehr stark (isoliert)
 2. stark (abgegrenzt)
 3. halbdurchlässig
 4. schwach (eindringend)
 5. sehr schwach (verschmolzen)

5. Ausdruck von Gefühlen
 1. sehr stark (Gefühlschaos)
 2. stark (gefühlsbetont)
 3. Zeigen von Gefühlen
 4. schwach (unterdrückend)
 5. sehr schwach (gefühlsleer)

6. Klarheit der Mitteilungen
- | | |
|--|---------------------|
| 1. sehr gering (rätselhaft) | 2. gering (unklar) |
| 3. ausgewogen | 4. stark (glasklar) |
| 5. sehr stark (überdeutlich, absichernd) | |
7. Teilen eines gemeinsamen Fokus
- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. sehr gering (unstrukturiert) | 2. gering (sprunghaft) |
| 3. halten und wechseln | 4. stark (strukturiert) |
| 5. sehr stark (überstrukturiert) | |
8. Gegenseitige Abwertung
- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. sehr stark (disqualifizierend) | 2. stark (herabsetzend) |
| 3. Bestätigung und Kritik | 3. schwach (nur bestätigend) |
| 5. sehr schwach (schmeichelnd) | |
9. Sorge für Andere
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. sehr schwach (egoistisch) | 2. schwach (vorteilsbedacht) |
| 3. geben und nehmen | 4. stark (sorgend) |
| 5. sehr stark (aufopfernd) | |
10. Austragen von Konflikten
- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. sehr stark (zerstritten) | 2. stark (streitend) |
| 3. austragen und ruhen lassen | 4. schwach (vermeidend) |
| 5. sehr schwach (harmonisierend) | |
11. Konfliktspannung
- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. sehr schwach (Friedhofsruhe) | 2. schwach (entspannt) |
| 3. mittel (gelöstes und ungelöstes) | 4. stark (gespannt) |
| 5. sehr stark (explosiv) | |
12. Gesprächsbeteiligung
- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. sehr stark (anklammernd und überschüttend) | |
| 2. stark (sehr aufgeschlossen) | 3. engagiert und beteiligt |
| 4. schwach (zurückhaltend) | 4. sehr schwach (unzugänglich) |

ANLEITUNG ZUM BEURTEILUNGSBOGEN

Emotionale Verarbeitung der Krankheit

Hier wird eingeschätzt, mit welchen Gefühlen der Patient und seine Familie die Krankheit verarbeitet haben:

0. "Schuldgefühle": Die Betroffenen meinen, an der Krankheit mit schuld zu sein, z.B. als Ehefrau nicht alles für den Patienten getan zu haben oder als Patient sich nicht an Behandlungsvorschriften gehalten zu haben etc.
1. "Schuldvorwürfe": Jemand anderem (z.B. dem Arzt) wird der Vorwurf gemacht, er sei an dem gegenwärtigen Krankheitszustand mit schuld.
2. "Angst": Im Zusammenhang mit der Krankheit hat sich eine allgemeine ängstliche Einstellung herausgebildet.
3. "Verleugnung": Die Existenz der Krankheit wird negiert. Es wird so getan, als bestehe gar keine Krankheit. Diese wird z.B. als "Zustand" bezeichnet, das Leben wird geführt als gebe es keine Krankheit, über die Krankheit wird nicht gesprochen.
4. "Trauer": Die Krankheit wird als Unglück erlebt. Sie wird beklagt, betrauert.
5. "Scham": Der Betroffene hat das Gefühl, im Zusammenhang mit der Krankheit versagt zu haben. Die Krankheit wird als Makel, als Kränkung empfunden, es wird versucht, die Krankheit vor anderen zu verbergen.
6. "Stolz": Die Krankheit wird aller Welt präsentiert als etwas Besonderes. Die Krankheit gibt einen Sonderstatus.
7. "Ärger": Aggression wird auf die Krankheit und den Krankheitsstatus gerichtet. Auf die Krankheit wird geschimpft, mit dem Schicksal wird gehadert ("Warum muß mir das passieren?").
8. "Kontaktvermeidung": Die Krankheit hat zu einem Vermeiden von Kontakten geführt. Beziehungen zu anderen Menschen werden eingestellt, u.U. bis zur Isolation.

9. "Zuwendung": Die Familienmitglieder meinen, dem Patienten wegen dessen Krankheit mehr Zuwendung zuteil kommen lassen zu müssen.
10. "Sonstiges"

Bericht über einschneidende Familienereignisse

Welche Ereignisse werden von welchem Familienmitglied erwähnt? Wen betreffen diese Ereignisse? Es wird lediglich vermerkt, welches Vorkommnis von welchem Familienmitglied angesprochen wird.

Einstellungen gegenüber Ärzten

Wie stark ist das Vertrauen der Familienmitglieder zu den jeweiligen Ärzten? Welche Erwartungen werden in die Medizin gesetzt? Hier geht es nicht allein um das Verhältnis zu dem gerade behandelnden Arzt, mehr um eine Globaleinschätzung aller Erfahrungen: "Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Medizin gemacht?".

Ablösung vom Elternhaus

Die emotionale und räumliche Trennung von den Eltern wird vermerkt.

Partnerwahl

Es wird erfragt, welche Rolle die Eltern bei der Partnerwahl spielten.

Bewertung der Familie

Es wird erfragt, wie die gegenwärtige Familie eingeschätzt wird.

Rollenverteilung zwischen den Partnern

Der aufgabenbezogene Bereich und der Gefühlsbereich werden getrennt beurteilt. Wer trifft die wichtigen Entscheidungen in der Familie? Wer bestimmt das Gefühlsklima in der Familie?

Psychopathologieskala

Die Schwere der individuellen Psychopathologie der einzelnen Familienmitglieder wird eingeschätzt. Eingeschätzt werden beide Eltern, der Indexpatient und die Kinder (falls vorhanden).

Die Stufen 0 bis 1 bezeichnen den "Normalbereich". Hier sind keine Symptome beobachtbar. Allenfalls unter Belastung zeigen sich passagere neurotische Symptome.

Stufe 2 und 3 bezeichnen den neurotischen Bereich einschließlich Charakterstörungen (Sucht, Soziopathie, Delinquenz etc.)

Stufe 4 sind Borderline-Störungen im Sinne GRINKERs. Schwere Störungen des zwischenmenschlichen Kontakts bei meist erhaltender Berufsfähigkeit.

Stufe 5 bezeichnet remittierende bzw. chronische psychotische Zustände.

Stufe 6 vereinigt alle Arten hirnerkranklicher Schädigungen.

Muster - Fragebogen:

Erläuterung zum Ausfüllen des Fragebogens

- 1) Bei den meisten Fragen genügt es, ein Kreuz in den entsprechenden Kreis hinter der Frage zu setzen.
- 2) Bei einigen Fragen schreiben Sie die Antwort bitte selbst auf die gepunktete Linie (.....)
- 3) Bitte beantworten Sie alle Fragen.
Nur dann ist es möglich, eine sinnvolle statistische Auswertung anzufertigen.

() Geburtsdatum: _____
2

() Nationalität: _____
3

() Geschlecht: männlich: O weiblich: O
4

() Größe in cm:
5
Gewicht in kg:

Für unsere Untersuchung brauchen wir folgende Angaben über
Ihre Familie.

Benutzen Sie bitte bei der "Familienübersicht" in der Spalte "Be-
schäftigungsform" nur eine der folgenden Bezeichnungen:

1. Arbeiter/Facharbeiter
2. Selbständiger Gewerbetreibender (z.B. Geschäftsinhaber oder
Landwirt
3. Beamter, Angestellter
4. Höherer Beamter, leitender Angestellter
5. Freier Beruf (Arzt, Anwalt usw.), Leiter von Unternehmen
6. Hausfrau, mithelfender Familienangehöriger
7. Schüler, Student
8. Rentner, Pensionär
9. Arbeitslos

Familienübersicht:

()
6

Schulabschluß, (Volks-,
Haupt-, Mittel-, Ober-
oder Hochschule)
Bitte jeweils nur eine
Aussage angeben!

()
7

Beschäftigungsform

()
8

Beruf (z.B. Gipser,
Schweißer, Sekretärin,
Elektriker, Verkäuf-
erin usw.)

()
9

Religion

()
10

Sind Sie Einzelkind? ja 0
 nein 0

Wie lange haben Sie schätzungsweise schon wegen Krankheit in
der Arbeit beziehungsweise im Haushalt Ihrer Tätigkeit nicht
nachgehen können?

()
11

noch nie 0
bis 4 Wochen 0
bis 6 Monate 0
bis 1 Jahr 0
über 1 Jahr 0

Wie lange sind Sie schon berufstätig (einschließlich Ausbildungs-
zeit), oder wie lange versorgen Sie schon den Haushalt?

()
12

weniger als 5 Jahre 0
5-10 Jahre 0
10-20 Jahre 0
mehr als 20 Jahre 0

Wer ist der Hauptverdiener in Ihrer Familie?

- ()
13
- | | |
|-------------------|-----------------------|
| Ehemann | ☐ |
| Ehefrau | ☐ |
| beide etwa gleich | ☐ |

Die Verwaltung der Familienfinanzen befindet sich hauptsächlich in der Hand von

- ()
14
- | | |
|---------|-----------------------|
| Ehemann | ☐ |
| Ehefrau | ☐ |
| beiden | ☐ |

Wohnen Sie in einem eigenen Haus, einer Eigentumswohnung, oder haben Sie vor, ein Eigenheim zu erwerben?

- ()
15
- | | |
|------|-----------------------|
| ja | ☐ |
| nein | ☐ |

Wieviele Zimmer außer Küche und Bad hat Ihre Wohnung (Haus) ?

- ()
16
- Zimmer

Wieviele Familienmitglieder leben insgesamt darin?

- ()
17
- Personen

Wer lebt außer Ihnen noch ständig in Ihrem Haushalt?

- ()
18
- | | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| Ehefrau | ☐ | Vater des Ehemannes | ☐ |
| Mutter des Ehemannes | ☐ | Vater der Ehefrau | ☐ |
| Mutter der Ehefrau | ☐ | Kinder | ☐ |
| andere Verwandte | ☐ | Freunde | ☐ |

Wieviele der Kinder leben noch im Haushalt?

() Kinder
19

Tragen Sie bitte die Reihenfolge des Geburtsdatums Ihrer Kinder
in folgende Tabelle ein:

keine Kinder 0

() Geburtsdatum Geschlecht
20

()
21

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wer hat überwiegend die Erziehung der Kinder vorgenommen?

() Ehemann 0
22 Ehefrau 0
 beide gemeinsam 0
 Verwandte 0
 andere Personen 0

Die Fragen auf dieser Seite sind nur für die Eltern bestimmt!

Es folgen jetzt eine Reihe von Aussagen, denen Sie entweder mehr (6) oder weniger (0) zustimmen können. Je nachdem, wieviel Sie jeder Aussage zustimmen, machen Sie bitte von 0 (wenig Zustimmung) bis 6 (viel Zustimmung) ein Kreuz.

Es ist wichtig, die Kinder gewähren zu lassen.

()
23 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Die Eltern bestimmen über die Kinder, gelegentlich ist körperliche Bestrafung angebracht.

()
24 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Kinder sollten nur in wenigen Bereichen Entscheidungen selbst treffen können.

()
25 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Die Eltern sollten nur in wenigen Bereichen die Entscheidungen für die Kinder treffen.

()
26 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Die Eltern haben die Verantwortung in wichtigen Fragen, die Kinder haben jedoch eigene Verantwortungsbereiche.

()
27 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Es ist egal, welcher Elternteil den Haushalt versorgt und die Kinder erzieht oder das Geld verdient.

()
28 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Die Frau gehört ins Haus und zu den Kindern, der Mann soll das Geld verdienen.

()
29 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Überwiegend sollte die Frau Haushalt und Familie versorgen, aber auch der Mann hat seine Funktion in Haushalt und Familie.

()
30 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6
 0 0 0 0 0 0 0

Geben Sie bitte an, welche ernsthaften Krankheiten Sie hatten,
(Krankheiten, deretwegen Sie im Bett liegen mußten, oder deretwegen
Sie sogar ins Krankenhaus gebracht wurden)
Bitte keine Kinderkrankheiten, kein Schnupfen etc.

Krankheitsbezeichnung:		zur Zeit noch Beschwerden	
		ja	nein
() 31	Als Kind (o bis 6 Jahre)		
	.....	O	O
() 32	Als 6 bis 12jähriger		
	.....	O	O
	.....	O	O
	.....	O	O
() 33	Ab 12 Jahre		
	.....	O	O
	.....	O	O
	.....	O	O
() 34	.....	O	O

Wie oft haben Sie schätzungsweise in Ihrem Leben einen Arzt auf-
gesucht?

() 35	gar nicht	O	bis 20 mal	O
	1-5 mal	O	bis 30 mal	O
	bis 10 mal	O	mehr als 30 mal	O

Welche Arten von Medikamenten haben Sie in den letzten 7 Tagen
eingenommen?

Art des Medikaments, Name des Mittels (z.B. Schmerzmittel, Abführmittel usw.)	Zahl der Einnahmen pro Tag (z.B. 5 Tabletten)
() 36	_____
() 37	_____
() 38	_____

Durch wen wurden Sie bereits behandelt, wenn Sie krank waren?
(mehrere Antworten möglich)

- ()
39
- | | |
|--|---|
| Durch einen praktischen Arzt bzw. Facharzt | 0 |
| Durch einen Psychiater | 0 |
| Durch Selbsthilfe mit Hausmitteln (auch durch Freunde, Bekannte) | 0 |
| Sonstiges (bitte angeben) | 0 |
| Entfällt (Ich war noch nie krank) | 0 |

Wie oft waren Sie schon zur Kur verschickt?

- ()
40
- | | |
|-------------------------------|---|
| gar nicht | 0 |
| Zahl der Kuraufenthalte | |

Wie lange haben Sie schätzungsweise in Ihrem Leben im Krankenhaus gelegen?

- ()
41
- | | |
|--------------------|---|
| gar nicht | 0 |
| 1 - 3 Wochen | 0 |
| 4 - 10 Wochen | 0 |
| mehr als 10 Wochen | 0 |

Hatten Sie schon einmal einen schweren Unfall? (z.B. mit Knochenbruch oder Gehirnerschütterung usw.)

- ()
42
- | | |
|------|---|
| nein | 0 |
| ja | 0 |
- Bitte Verletzung stichwortartig beschreiben

Glauben Sie, daß Sie häufiger als andere Menschen größere oder kleinere Unfälle erleiden?

- ()
43
- | | |
|------|---|
| ja | 0 |
| nein | 0 |

Wir haben auf den folgenden Seiten eine Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, wie stark Sie an diesen Beschwerden zur Zeit leiden. Machen Sie bitte ein Kennzeichen in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten ein Kennzeichen in der Spalte "NICHT".

	NICHT	KAUM	EINIGER- MASSEN	ERHEBLICH	STARK
Schwächegefühl					
Herzklopfen, Herzjagen oder -stolpern					
Juckreiz					
Ohnmachtsanfälle					
Übermäßiges Schlafbedürfnis					
Gelenk- oder Gliederschmerzen					
Schwindelgefühl					
Kreuz- oder Rückenschmerzen					
Starkes Schwitzen					
Nacken- oder Schulter Schmerzen					
Sehstörungen					
Übelkeit					
Hautveränderungen					
Aufstossen					

	NICHT	KAUM	EINIGER- MASSEN	ERHEBLICH	STARK
Kopfschmerzen					
Überempfindlichkeit gegen Wärme					
Rasche Erschöpfbarkeit					
Schlafstörungen					
Gleichgewichts- störungen					
Hustenreiz					
Gefühl der Benommenheit					
Appetitlosigkeit					
Aufsteigende Hitze Hitzewallungen					
Mattigkeit					
Durchfälle					
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
Zittern					
Halsschmerzen					
Leichtes Erröten					

	NICHT	KAUM	EINIGER- MASSEN	ERHEBLICH	STARK
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
Kalte Füße					
Magenschmerzen					
Anfallsweise Atemnot					
Druckgefühl im Kopf					
Anfallsweise Herzbeschwerden					
Sprachstörungen					

()
44

()
45

()
46

()
47

()
48

Unter welcher Beschwerde leiden Sie am meisten?

(Bitte nur eine nennen)

()
49

In welchen Abständen ist diese Beschwerde bisher aufgetreten?

(Bitte nur ein Kreuz)

- ()
50
- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| ständig, ohne Unterbrechung | ☐ |
| etwa alle 1-2 Wochen | ☐ |
| etwa alle 4 Wochen | ☐ |
| etwa jedes halbe Jahr | ☐ |
| etwa einmal im Jahr | ☐ |
| alle paar Jahre | ☐ |
| sehr unregelmäßig | ☐ |
| bisher nur einmal | ☐ |

Wann sind Ihre Beschwerden das erste Mal aufgetreten?

() Monat Jahr
51

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden irgendwelche
Lebensveränderungen, Schwierigkeiten oder Belastungen für Sie?
(Stichworte genügen)

- ()
52
- | | | |
|--|-------|-----------------------|
| a) in der Familie | ..... |  |
| b) im Beruf/Schule | ..... |  |
| c) sonstiges | ..... |  |
| d) nein, in der Zeit war nichts besonderes | | ☐ |

Wieviele Stunden gehen Sie pro Tag Ihrer beruflichen Beschäftigung nach (bei Hausfrauen: arbeiten Sie ausschließlich im Haushalt?)

- () bis 8 Stunden 0
53 8 bis 10 Stunden 0
mehr als 10 Stunden 0

Verbringen Sie Ihre Freizeit überwiegend

- () mit der eigenen Familie 0
54 im Verwandtschaftskreis 0
mit Freunden und Bekannten 0

Wieviel Zeit am Tag gehen Sie einem Hobby nach?

- () kein Hobby 0
55 bis eine Stunde 0
mehr als eine Stunde 0

Wie gehen Sie Ihrem Hobby nach?

- () überwiegend allein 0
56 mit dem Ehepartner 0
und den Kindern 0
mit Freunden und Bekannten 0

Wer war die wichtigste Person in Ihrem Leben?

- () a) bis zum sechsten Lebensjahr
57 b) heute

Kochen Sie gerne?

- () Ja, meistens 0
58 nein, meistens nicht 0
ja, gelegentlich gern 0

Wieviel Zeit widmen Sie täglich den Mahlzeiten (ohne Kochzeit)?

(59) Minuten

Essen Sie am liebsten

(<u> </u>)	allein	0
60	mit Ehepartner oder Familie	0
	im Kreise von Freunden	0
	oder Bekannten	0

Bitte geben Sie an, wie oft in der Woche Sie die Zubereitung des Essens für die Familie übernehmen?

()	fast immer	0
61	gelegentlich	0
	nie	0

Wie häufig kaufen Sie selbst für die Familie Nahrungsmittel ein?

()	fast immer	0
62	gelegentlich	0
	nie	0

Macht Ihnen das Einkaufen von Lebensmitteln Spaß?

()	ja (meistens)	0
63	nein (selten)	0

Besuchen Sie gerne Lebensmittelabteilungen von Kaufhäusern, Feinkostgeschäften, Märkten?

()	selten	0
$\frac{\quad}{64}$	gelegentlich	0
	oft	0

Veranstalten Sie gern Parties, Festessen etc.?

- | | | |
|-----|--------------|---|
| () | selten | 0 |
| 65 | gelegentlich | 0 |
| | oft | 0 |

Würden Sie es gerne öfter machen, wenn es möglich wäre?

- | | | |
|-----|------|---|
| () | ja | 0 |
| 66 | nein | 0 |

Ist es eine Ihrer großen Freuden im Leben, gut zu essen?

- | | | |
|-----|------|---|
| () | ja | 0 |
| 67 | nein | 0 |

Legen Sie Wert auf einen gut gedeckten Tisch?

- | | | |
|-----|---------------|---|
| () | ja, sehr | 0 |
| 68 | nein, weniger | 0 |
| | ist mir egal | 0 |

Glauben Sie, daß sich Ihr EBverhalten im Streß (Ärger, Aufregung, Erschöpfung) ändert?

- | | | |
|-----|----------------------|---|
| () | nein | 0 |
| 69 | ja, ich esse mehr | 0 |
| | ja, ich esse weniger | 0 |

Halten Sie sich für sportlich?

- | | | |
|-----|------------|---|
| () | ja | 0 |
| 70 | nein | 0 |
| | weiß nicht | 0 |

Treiben Sie Sport?

- | | | |
|-----|----------------|---|
| () | ja, regelmäßig | 0 |
| 71 | gelegentlich | 0 |
| | nie | 0 |

Ich danke

Herrn Prof.Dr.med. Rudolf Klußmann für die Überlassung des Themas und die freundliche Betreuung und liebenswürdige Korrektur,

Herrn Prof.Dr.med. Nepomuk Zöllner für die Ermöglichung der Durchführung dieser Arbeit an der Medizinischen Poliklinik,

Herrn Prof.Dr.med. Michael Wirsching für die Unterstützung und Beratung bei der Ausarbeitung der Methodik der Untersuchung.

LEBENS LAUF

23.05.1952	Geburt in Gütersloh
1958- 1966	Volksschule in Gütersloh mit Abschluß der 9. Klasse
1966- 1970	Lehre als Werkzeugmacher in Gütersloh mit Abschluß durch Facharbeiterbrief
1970- 1971	Besuch der Klasse 10 der Fachoberschule mit Abschluß der Fachhochschulreife
1971-1975	Besuch der Fachhochschule in Bielefeld (Fachbereich Sozialwesen) mit Abschluß als Dipl.-Sozialpädagoge
1978- 1985	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
29.05.1985	Erlangung der Approbation

